



Recuperación física y psicológica en el puerperio

Physical and psychological recovery in the puerperium

Trabajo de Fin de Grado



Autora: Ileana Ventura Ramos

Correo: ivr708@alumnos.unican.es

Directora: Yolanda Martín Seco

Asignatura: Enfermería en salud de la mujer

Grado en Enfermería

Curso 2019-2020

Anexo II: AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

Agradecimientos:

“A Yolanda, por guiarme durante este proyecto,

A mi madre, por tu dedicación y esfuerzo, sin ti nada habría sido posible,

A mis amigas, estos cuatro años no habrían sido igual de valiosos sin vosotras,

A ti, por leer cada página.”

ÍNDICE

Resumen.....	Pág: 4
1. Introducción	
1.1 Estado actual del tema.....	Pág: 5-6
1.2 Objetivo del trabajo.....	Pág:6
1.3 Metodología.....	Pág: 6
1.4 Descripción breve de cada capítulo.....	Pág: 7
2. El puerperio y los cambios anatomo-fisiológicos del organismo femenino	
2.1 Definición y clasificación.....	Pág: 7-8
2.2 Cambios anatómicos del organismo femenino.....	Pág: 8-10
3. Patologías puerperales	
3.1 Complicaciones físicas.....	Pág: 11-16
3.2 Complicaciones psicológicas.....	Pág: 16-17
4. Consecuencias	
4.1 Sociales.....	Pág: 17-18
4.2 Económicas.....	Pág: 18-19
5. Actuación de enfermería	
5.1 Intrahospitalaria.....	Pág: 20-22
5.2 Extrahospitalaria.....	Pág: 22-29
6. Recursos online.....	Pág: 29-31
7. Conclusiones.....	Pág: 31
8. Bibliografía.....	Pág: 32-36
9. Anexos.....	Pág: 37-39

Resumen:

El puerperio ha sido objeto de estudio y atención a lo largo de la historia, cobrando especial interés en los últimos tiempos, por ser un momento clave en la disminución de las muertes maternas y mejora en la calidad de vida de la mujer. En esta etapa, pueden presentarse numerosas complicaciones físicas y psicológicas que influyen en el bienestar de la puérpera, pudiendo necesitar de atención profesional para su óptima resolución. Los cambios sociales y las implicaciones económicas requieren a su vez de atención, para la adaptación y cuidado integral que se requiere en el puerperio.

Enfermería por su posición y formación, es una profesión capacitada para la detección, abordaje y acompañamiento de la mujer en esta etapa, tanto en el hospital como en Atención Primaria, procurando la continuidad en los cuidados y adaptándolos según la etapa del puerperio a tratar. Actualmente, esta es una profesión pionera en el estudio y puesta en marcha de diversos programas sanitarios, con la finalidad de proporcionar herramientas para la adecuada evolución puerperal.

Palabras clave: “Período Postparto”, “Trastornos Puerperales”, “Lactancia” y “Enfermería”.

Abstract:

The puerperium has been object of attention throughout history, gaining special importance in the last few years, for being a key moment in the decrease of maternal mortality rate, and in the improvement on women's quality of life. In this period, numerous physical and psychological complications can turn up, affecting to the welfare of women in the postpartum period, that can require professional attention for its optimal resolution. Social and economical changes, require as well attention, for the adaptation and integral care which is needed in the puerperium.

Nursing for its position and formation, is a profession prepared for the detection, approach and accompanying of the woman in this period, in the hospital as well as in primary health care, ensuring the continuity of cares and adapting them to the stage of the puerperium to treat. Nowadays, this is a pioneer profession in the study and commissioning of diverse health programs, with the purpose of giving support for the appropriate puerperal evolution.

Key words: “Postpartum Period”, “Puerperal Disorders”, “Breast Feeding” and “Nursing”.

1. Introducción

1.1 Estado actual del tema

El cuidado de la mujer durante el puerperio ha sido objeto de estudio a lo largo de la historia obstétrica. Remontándonos hasta Mesopotamia hacia el año 3000 a. C. se proporcionaban recomendaciones sobre evitar el coito tras el parto. Así mismo, en el Papiro de Ebers (1500 a.C.) en el Antiguo Egipto, se aportaba información sobre medidas higiénicas e incluso la exploración genital, y recomendaciones sobre la lactancia materna. A medida que avanzamos en la línea temporal sobre los hitos obstétricos, cabe destacar a François Mauriceau quien describió el cuadro de eclampsia y de infección puerperal, a Charles White que declaró la asepsia obstétrica contribuyendo a disminuir las muertes maternas, y Semmelweis que trató con éxito la fiebre puerperal¹.

Estas mejoras en el tratamiento de la puérpera han continuado hasta nuestros días, destacando en países desarrollados como España la mejora en el acceso a los servicios sanitarios, en la práctica asistencial, la educación a la población, y la adecuada atención prenatal, perinatal y postnatal². Actualmente, el puerperio es objeto de estudio por ser un momento clave en el intento de disminuir las muertes maternas y por mejorar la calidad de vida, satisfacción y adaptación de la mujer a su nueva etapa.

Considerando que según datos de la Organización Mundial de la Salud se producen 300 000 muertes maternas al año, siendo el 99% en países en desarrollo, no son despreciables los 3000 casos correspondientes al 1% que se producen en países desarrollados³. Ocurriendo el 50% en el puerperio, el 30% en el puerperio inmediato y el 20% en el puerperio tardío⁴. En el caso concreto de España, en cifras absolutas las complicaciones y muertes maternas han decaído por la disminución de la natalidad, con una tasa de fecundidad de 1.3 hijos por mujer (inferior a la media europea)⁵, registrándose en 2017, 4 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos según el Instituto Nacional de Estadística (INE)⁶. Sin embargo, existen discrepancias con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia que considera que los datos están siendo subestimados.

Las complicaciones maternas más prevalentes en el puerperio que contribuyen a dichas cifras son: la hemorragia postparto, las infecciones puerperales y la hipertensión gestacional. Actualmente con las medidas profilácticas, las enfermedades vasculares han disminuido su prevalencia. No sólo esto, la afectación del suelo pélvico, las patologías mamarias, el estreñimiento y las hemorroides también deben ser motivo de atención. Más allá de las patologías físicas también deben atenderse las psicológicas, siendo común el “Maternity Blues” y en menor medida la depresión postparto y la psicosis puerperal⁷.

Las consecuencias de no detectar y/o proporcionar un tratamiento precoz y eficaz a las puérperas en caso de presentar complicaciones son tanto físicas como psicológicas. Aunque la mayoría de las consecuencias no son invalidantes, afectan a la calidad de vida de la madre e incluso la forma de relacionarse tanto con el bebé como con su entorno, y de proporcionar cuidados al recién nacido y a ella misma⁸. Actualmente, se conocen ciertos cambios en el rol social tras ser madre, pero a nivel económico no se han encontrado estudios específicos sobre el costo que genera el puerperio, ni las consecuencias a largo plazo del mismo.

De lo que sí tenemos referencias, es de la importancia de enfermería en la recuperación materna. Así, debemos diferenciar las acciones que realizan las matronas en partos (enfermeras especialistas), durante las primeras horas que permanecen en vigilancia las madres por

protocolo en la sala de partos, encargándose fundamentalmente de la aparición de complicaciones inmediatas. Las enfermeras de la planta obstétrica que proporcionan cuidados en el puerperio inmediato y mediano a la madre, y desempeñan un importante rol en cuanto a la educación parental, y las enfermeras y matronas de Atención Primaria⁹. Es de especial mención estas últimas, ya que son las que tienen un seguimiento más exhaustivo de la mujer a lo largo del tiempo.

1.2 Objetivos del trabajo

- **Objetivo general**
 - Conocer las acciones enfermeras para la óptima recuperación de la mujer en el puerperio.
- **Objetivos específicos**
 - Determinar y explicar las principales complicaciones físicas en el puerperio.
 - Describir las principales complicaciones psicológicas en el puerperio.
 - Identificar las consecuencias socio-económicas del puerperio.
 - Analizar el papel de enfermería y las actividades a llevar a cabo durante el proceso puerperal.
 - Proponer recursos informativos a las madres de rigor y fiabilidad científica.

1.3 Metodología

Este Trabajo Fin de Grado está basado en una revisión bibliográfica, cuya finalidad es sintetizar en un documento datos científicos de interés, que permitan cumplir con los objetivos planteados.

Durante la búsqueda bibliográfica, se han consultado diversas bases de datos tales como Cochrane, Scielo, Scopus, PubMed o el buscador Google Académico. Para mayor certidumbre de los resultados, fueron utilizados los Descriptores en Ciencias de la Salud (DecS): “Período Postparto”, “Trastornos Puerperales”, “Lactancia” y “Enfermería”, con sus correspondientes homólogos en inglés a través de los Medical Subject Headings (MeSH). Así mismo, fue de utilidad el uso de los elementos booleanos “AND” y “OR” para delimitar los criterios de búsqueda.

Páginas web de rigor científico con información referente al tema a tratar han sido consultadas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional de Estadística (INE), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) o la Escuela Cántara de Salud. Además, durante mi período formativo, he realizado prácticas en la planta de Obstetricia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, y acudí a sesiones de cuidado del suelo pélvico de la fisioterapeuta del Centro de Salud Camargo Costa.

Con ello, los criterios de inclusión en esta revisión fueron: tener acceso libre y completo a la información, documentos redactados en inglés o español relacionados con el tema a tratar, y publicados a partir de 2015. No obstante, ciertos artículos son más antiguos que esa fecha debido a su rigor científico e importancia para la correcta redacción de este trabajo.

Una vez seleccionados los documentos, se realizó una lectura crítica de todos ellos con el fin de obtener información relevante ajustada al contenido a tratar. Finalmente, se han leído 67 artículos que han permitido conocer las novedades científicas respecto a la recuperación en el puerperio.

1.4 Descripción breve de cada capítulo

En este apartado se describirá cada capítulo a tratar en el Trabajo Fin de Grado.

Capítulo I: El puerperio y los cambios anatomo-fisiológicos del organismo femenino

Se define qué es el puerperio y las etapas que comprende, describiendo cada una de las mismas. Así mismo, se explican los cambios fisiológicos que deben producirse en el organismo femenino para el adecuado desarrollo del proceso puerperal.

Capítulo II: Patologías puerperales

Se describen las principales patologías físicas que aquejan a las mujeres durante el puerperio, factores de riesgo, signos y síntomas y cómo actuar ante las mismas. A su vez, se establecen las afecciones del estado de ánimo, prevalencia y manifestaciones.

Capítulo III: Cambios sociales y económicos asociados al puerperio

En este capítulo se analizan los cambios en el rol social que enfrenta la puérpera, y se detallan las principales características de su actividad laboral, las pérdidas económicas y la legislación actual.

Capítulo IV: Actuación de enfermería

Se detallan las acciones a desarrollar por el personal de enfermería durante el puerperio a nivel intrahospitalario y extrahospitalario. También se exponen los grupos de apoyo en el puerperio y nuevas iniciativas para el acompañamiento profesional de la puérpera en su domicilio.

Capítulo V: Recursos online

Este apartado busca aportar información de fiabilidad y calidad científica a la que acceder mediante dispositivos electrónicos. Se recomendarán páginas oficiales, aplicaciones para móviles y canales de YouTube que permitan solventar dudas a la madre con datos de rigor.

2. El puerperio y los cambios anatomo-fisiológicos del organismo femenino

2.1 Definición y clasificación

El puerperio, procedente etiológicamente de las palabras *puer* (niño) y *peri* (alrededor de), es el período de tiempo que transcurre desde la fase de alumbramiento hasta la recuperación de la mujer a su estado pre gravídico, produciéndose durante el mismo una serie de cambios involutivos en el organismo femenino, así como la adaptación de la mujer a su nueva etapa^{10,12}. Atendiendo a la clasificación según el tiempo transcurrido desde la expulsión placentaria, el puerperio se clasifica en:

- **Puerperio inmediato:** Comprende las primeras 24 horas tras el alumbramiento, incluyendo las dos primeras horas que la madre permanece en el área de partos antes de ser admitida en la planta de obstetricia.
- **Puerperio clínico:** Incluye a partir del segundo día hasta la primera semana post parto. Se caracteriza por el cambio del medio hospitalario al entorno familiar, y por tanto, el inicio de la adaptación en el hogar.
- **Puerperio tardío:** Corresponde a partir de la primera semana hasta la óptima recuperación de la mujer. Ciertos autores consideran que la duración del puerperio

tardío está limitada a aproximadamente seis semanas (40-45 días), coincidiendo con la aparición de la menstruación. Otros consideran que existe una cuarta clasificación denominada “**puerperio alejado**”, que comprendería desde los 45 días hasta un límite impreciso, que estaría determinado por el tiempo que tarde la mujer en su óptimo proceso de recuperación¹².

2.2 Cambios anatómicos del aparato reproductor femenino

Durante el embarazo se producen numerosas transformaciones en el cuerpo de la mujer que deberán retornar a su estado pre gravídico durante el puerperio, a excepción de las glándulas mamarias que en este momento iniciarán su máxima actividad y desarrollo.

2.2.1 Útero

El útero es un órgano que tras el alumbramiento se debe mantener firme por la contracción de su capa muscular, al haber una zona sangrante en la cara interna donde previamente se encontraba adherida la placenta. A partir de este momento iniciará la disminución de tamaño y peso, alcanzando en las horas siguientes el nivel del ombligo según el “Globo de seguridad de Pinard”. Para la sexta semana, su tamaño se reduce al estado pre gravídico y pesa aproximadamente 100 gramos. La causa de esta involución es un proceso de autólisis, es decir, de atrofia de tejidos y contracción y retracción del propio útero¹⁰.

Para conseguir ese adecuado retorno o involución, se producen una serie de contracciones uterinas llamadas entuertos, más intensas pero menos dolorosas que las experimentadas durante el parto, al no producirse dilatación del cérvix uterino ni estiramiento del suelo pélvico. Estas se intensifican con la lactancia materna por la liberación de oxitocina¹⁰.

Durante este tiempo y hasta la tercera semana postparto no cesa la expulsión de los loquios, una secreción formada por decidua necrótica, sangre, restos de tejido de granulación y exudado de la superficie de la cavidad uterina¹¹. Estos se clasifican en:

- **Loquios rojos o lochia rubra:** Tienen una duración aproximada de 2-3 días, su color es rojo oscuro, estando constituido fundamentalmente por sangre aunque también contienen pequeños fragmentos de membrana y restos fetales.
- **Loquios rosados o lochia serosa:** Aparecen al 3º-4º día, tienen menor contenido hemático por lo que el color rojo pierde intensidad, conteniendo más exudado, leucocitos y decidua de degeneración grasa.
- **Loquios blancos o lochia alba:** Hacia el 10º día, tienen un color más blanquecino-amarillento de aspecto cremoso por el aumento de leucocitos en su composición. Alrededor de la tercera semana desaparecen.

La observación e identificación de los loquios es fundamental para la detección precoz de un proceso infeccioso o de un retraso en el proceso involutivo^{10,11,12}.

2.2.2 Vagina

La vagina se encuentra edematosa y blanda, se repliega y vuelven a aparecer rugosidades. Hacia la tercera o quinta semana volverá a su forma y tamaño normal, y el himen rasgado cicatrizará formando las carúnculas mirtiformes. Su elasticidad favorece la rápida recuperación de la zona.

En caso de proporcionar lactancia materna se produce un retraso en la recuperación hasta la sexta u octava semana, debido a la falta de estrógenos¹⁰.

2.2.3 Sistema de eliminación

Durante el puerperio la motilidad y el tono gastrointestinal se reestablecen a medida que aumenta el apetito y la ingesta de líquidos. En las cesáreas, al producirse una parálisis momentánea de la motilidad gastrointestinal secundaria a la intervención quirúrgica, por protocolo se inicia la tolerancia con líquidos a las 12 horas para reestablecer la función intestinal de forma paulatina. En los partos vaginales se inicia la tolerancia oral de forma inmediata^{9,10,12}.

Así mismo, debido a la inflamación y posibles heridas en la zona abdominal y/o perianal, tanto la eliminación intestinal como urinaria pueden verse afectadas, normalizándose en los días posteriores al parto. No obstante, en ocasiones se producen desajustes que pueden derivar en estreñimiento e incluso incontinencia urinaria.

2.2.4 Cambios metabólicos

Entre los cambios de mayor importancia se encuentra la disminución de la glucemia basal y postprandial en los primeros tres días de puerperio. Así mismo, los niveles de colesterol y triglicéridos disminuyen en las 24 horas posteriores al parto, alcanzando niveles pregestacionales hacia la 7ª u 8ª semana^{10,12}.

2.2.5 Cambios hematológicos y hemodinámicos

En un estado pregestacional, la volemia en las mujeres es de aproximadamente 4 litros, aumentando durante la gestación a 5-6 litros para satisfacer, fundamentalmente, las demandas placentarias y fetales¹³.

Para evitar grandes pérdidas de sangre que pudieran comprometer la vida de la parturienta, durante el parto se activan masivamente los factores de coagulación y aumentan los niveles de plaquetas¹², esto junto a la inmovilización, sepsis o posibles traumatismos aumenta el riesgo de enfermedades tromboembólicas¹⁰.

Es importante considerar la disminución del gasto cardíaco en un 30% las dos primeras semanas postparto, y la reducción del volumen sistólico en un 20%. Las bradicardias de los primeros días tras el parto no son motivo de alarma. Además, existe una disminución de los niveles de hierro sérico durante el puerperio por la eritropoyesis, pudiendo dar lugar a anemia fisiológica^{10,12}.

2.2.6 Cambios endocrinos

En el puerperio disminuyen las hormonas placentarias, siendo indetectable el lactógeno placentario al finalizar el primer día postparto, y la BHCG se negativiza entre los días 11 y 16 del puerperio¹⁰. La progesterona alcanza niveles menores que en la fase lútea al cuarto día tras dar a luz.

Los cambios hormonales se ven afectados por la lactancia materna:

En caso de no producirse, el estrógeno y los valores séricos de FSH y LH no alcanzarán valores foliculares hasta las tres semanas postparto, y durante el sueño se producirá una secreción pulsátil de la LH¹².

Al contrario, si la madre opta por la lactancia materna y está en amenorrea, habrá hipoposterogenismo, pero si se reestablece la menstruación alcanzará valores foliculares de estrógeno hacia los 2-3 meses postparto. Así mismo, los niveles de gonadotropinas disminuyen por la inhibición de la secreción de GnRH^{10,12}.

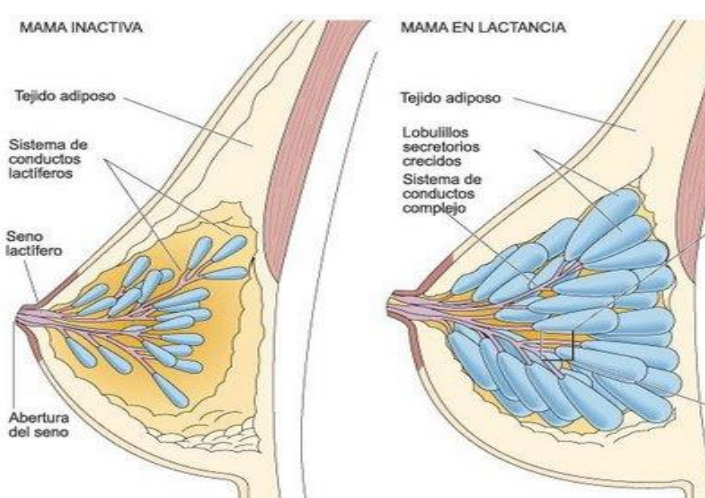
Con el destete, se reestablece la función ovárica, produciéndose la ovulación en los 15-30 días posteriores. En el 30% de las mujeres que no dan lactancia, la ovulación se reestablece a los 3 meses postparto^{10,12,14}.

2.2.7 Cambios en el peso

Existe consenso sobre el aumento de peso en las mujeres durante el embarazo, considerándose adecuado en mujeres con normo peso una ganancia entre 11-16 kilogramos, mujeres de bajo peso 13-18 kilogramos, con sobrepeso 7-11 kilos y obesas no pueden superar los 7 kilogramos.

En esta ganancia de peso el 30% corresponden al feto, otro 30% a las reservas de grasa y el 40% restantes al peso de los órganos reproductores, placenta, líquido amniótico, líquido extracelular y el aumento de la volemia. Se considera que tras el parto se pierde de media unos 5 kilogramos, y durante el puerperio 4 kilogramos¹⁵.

2.2.8 Cambios mamarios



Hacia el 3º o 4º día postparto se produce la ingurgitación mamaria, acumulación de leche en los conductos lácteos, provocando un cambio estructural en las mamas que se vuelven más firmes, sensibles y dolorosas y aumentan su tamaño. Este proceso puede estar acompañado de un aumento de temperatura de máximo 38°C que no puede perdurar más allá de 24 horas^{10,12}.

Figura 1: Diferencias glandulares entre una mama inactiva y otra en lactancia. Fuente: Citología y colposcopia en la práctica ginecológica.

Las mamas aumentan en número y tamaño los ductus mamarios, hay un aumento de la red venosa superficial y una mayor pigmentación de los pezones y glándulas de Montgomery. Son múltiples las hormonas que participan, pero son fundamentales, la secreción de oxitocina, que permite la eyección del alimento, y la producción de prolactina en la hipófisis para la continuidad de la producción láctea^{12,14}.

2.2.9 Cambios tegumentarios

Tanto la línea *nigra* como el cloasma gravídico y la pigmentación oscura de areolas y pezones desaparecen a los días. Las estrías, sin embargo, cambian de color a un blanco nacarado y se vuelven menos evidentes pero perduran en el tiempo^{10,12}.

3. Puerperio patológico

Los cambios requeridos para la correcta involución del organismo tras el alumbramiento en ocasiones no se producen de forma adecuada, dando lugar a las patologías puerperales.

3.1 Epidemiología

Entre las complicaciones fundamentales causantes de la mayoría de muertes maternas, las más graves que representan el 75 % son las hemorragias graves, las infecciones puerperales y la hipertensión gestacional tras el parto, junto a las complicaciones en el parto y los abortos según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁶. Actualmente, entre las patologías vasculares la más común es la trombosis venosa profunda, cuya incidencia es de 8-12 por cada 100.000 partos¹⁷.

Entre las afecciones en el puerperio tardío se encuentran la disfunción del suelo pélvico, en concreto la incontinencia urinaria de esfuerzo, que afecta al 30% de las púerperas en los primeros tres meses¹⁸. Las patologías mamarias, que son causa del abandono de la lactancia materna exclusiva, que según estimaciones se reduce al 20% al año¹⁹. Además, el estreñimiento es el trastorno gastrointestinal más frecuente en el puerperio y un factor de riesgo para las hemorroides²⁰.

En cuanto al aspecto psicológico, son causa de morbi-mortalidad las principales afecciones del estado de ánimo en el puerperio, destacando el “Maternity Blues” que afecta hasta el 80% de las madres, y en menor medida la depresión postparto y la psicosis puerperal²¹.

3.2 Complicaciones físicas en el puerperio

En ocasiones, el proceso involutivo propio del postparto no se produce adecuadamente, dando lugar a patologías que requieren de intervención por parte de los profesionales sanitarios, para evitar futuras complicaciones que comprometan la vida, bienestar o adaptación de la mujer en el puerperio.

Aunque las principales patologías pueden producirse en distintas fases del puerperio, la detección y tratamiento suele coincidir con una concreta. Así, se han organizado las patologías más prevalentes según la etapa característica en la que suelen determinarse y tratarse.

3.2.1 Complicaciones físicas en el puerperio inmediato

Actualmente, el puerperio inmediato es una fase que requiere especial vigilancia, al tener el organismo que compensar en poco tiempo los cambios producidos tras el parto. Cuando esto no ocurre de forma óptima, puede dar lugar a descompensaciones graves, siendo la más prevalente y una causa de mortalidad materna la hemorragia posparto.

- **Hemorragia posparto**

Definida como la pérdida de sangre de al menos 500 ml en el parto vaginal y 1000 mililitros en el parto por cesárea, supone el 6% de las muertes maternas en países desarrollados. Está causada principalmente por la atonía uterina, lesiones en el canal del parto, retención de tejidos o coagulopatías²², y se clasifica según el momento de aparición en: Primaria (Durante las primeras 24 horas postparto) o secundaria (entre las 24 horas y seis días postparto)²³.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en la pérdida hemática y en la alteración del estado hemodinámico de la paciente. Por lo que, entre los principales parámetros a vigilar por enfermería, están las constantes vitales, fundamentalmente la tensión arterial sistólica por debajo de 80-100 mmHG, así como el tono y la altura uterina. Del mismo modo, se debe permanecer atento a los síntomas, que varían desde los más leves como sudor, palidez o taquicardia hasta el shock o el síndrome de Sheehan²⁴.

Entre los factores de riesgo que deben tener en cuenta los profesionales, se encuentran: placenta previa o desprendimiento de placenta, embarazo múltiple, la amnionitis y problemas hipertensivos inducidos por el embarazo. Además, el riesgo incrementa de un 10-20 % cada hora que aumenta la fase de expulsivo^{22,23}.

El personal sanitario a cargo es el responsable, tanto en la sala de partos como en la planta obstétrica, de la vigilancia de estos signos y síntomas para la detección y puesta en marcha del tratamiento.

Actualmente, existen protocolos específicos de actuación en el abordaje de la hemorragia postparto, en los que las matronas y enfermeras generalistas participan en la primera atención in situ²³. Siguiendo el protocolo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, enfermería participa en la información y coordinación del resto del equipo y en el control analítico e identificación positiva del paciente. Así como, en el manejo de la volemia, la monitorización básica, optimización hemodinámica y transfusión de hemoderivados durante la emergencia obstétrica. (Anexo 1)

3.2.2 Complicaciones físicas en el puerperio clínico

En el puerperio clínico es dónde se empiezan a detectar afecciones puerperales que requieren de mayor tiempo de vigilancia y pruebas accesorias para confirmar su diagnóstico, al manifestarse la mayoría a los días de producirse el parto. Entre las más prevalentes se encuentran la infección puerperal, las patologías hipertensivas y las enfermedades vasculares.

• Infección puerperal

La infección puerperal es un proceso séptico en el aparato genital femenino, localizado o generalizado, que se manifiesta en el puerperio. Según el Comité Norteamericano de Salud Materna, debe manifestarse con 38°C de temperatura o más al menos durante dos días, determinado vía oral al menos cuatro veces al día, desde las 24 horas tras el parto hasta diez días después. La infección de la episiotomía se produce en un 1% de los casos, y las cesáreas cerca del 2-5 %.⁷

Los factores predisponentes pueden ser locales tales como traumatismos o cesáreas, y generales como enfermedades coexistentes o déficits nutricionales. En cuanto a la patogenia, el mecanismo de entrada puede ser exógeno o endógeno, clasificándose las vías de penetración y extensión en vía mucosa, linfática y hemática.

Generalmente, los signos y síntomas son fiebre de aparición precoz y constante, los loquios fétidos que se manifiestan con un olor desagradable sugestivo de invasión del útero por bacterias y, a veces, suelen ser escasos en vez de malolientes cuando es un estreptococo Beta-hemolítico. Dolor abdominal generalmente en hipogastrio y en fosas ilíacas, y la subinvolución uterina⁷. Es importante la vigilancia de estos signos y síntomas como parte de la asistencia sanitaria, para determinar la adecuada evolución de la mujer y evitar otras posibles complicaciones.

Por prevalencia, la endometritis es la principal causa de infección puerperal, un cuadro infeccioso bacteriano que se produce en el tejido endometrial, y que sin tratamiento puede evolucionar a una septicemia poniendo en riesgo la vida de la madre²⁵.

Para su tratamiento, se toman cultivos que determinen el agente bacteriano causante de la infección, administramos el tratamiento antibiótico pautado por el personal médico, siendo el de elección Gentamicina y Clindamicina. Otros tratamientos complementarios pueden ser el drenaje de abscesos o asociar heparina al tratamiento antibiótico⁷.

- **Patología hipertensiva postparto**

La hipertensión arterial en el postparto se caracteriza por presión arterial por encima de los valores 140/90 mmHG, medida dos veces con diferencia de cuatro horas entre el trabajo de parto y hasta las seis semanas postparto. Su aparición es más frecuente en los días 3-6 del puerperio.

La aparición de esta patología es mayoritaria en puérperas con estados hipertensivos pregestacionales o gestacionales, aunque también puede tener una aparición de novo en esta etapa. Se ha descrito que al menos el 29% de los casos de eclampsia se producen en el puerperio y la preeclampsia puede tener una incidencia del 6%²⁶.

Cuando la mujer es dada de alta, si ha padecido trastornos hipertensivos durante la gestación o se detecta un aumento de la tensión arterial por encima de los valores medios tras el parto, se hará un seguimiento desde Atención Primaria. Este seguimiento consistirá en el control ambulatorio de la tensión arterial y en proporcionar diversos consejos de estilo de vida, para reducir las probabilidades de sufrir complicaciones posteriores derivadas, tales como: Reconocer signos y síntomas del aumento de la tensión arterial, realizar actividad física y tener una alimentación equilibrada con dieta normocalórica, normoproteica y normosódica. Existe escasa bibliografía sobre los consejos a proporcionar en este momento.^{27,28}

- **Patología vascular**

La patología vascular es actualmente de baja incidencia debido a las medidas profilácticas que se toman durante y después de la gestación. Los factores de riesgo (Triada de Virchow) son: hipercoagulabilidad, lesión de la pared venosa y éxtasis, factores que pueden producirse en el puerperio. Las enfermedades tromboembólicas se manifiestan en un 80% como venosas, siendo el 75% de ellas trombosis venosas profundas, y un 20% como arteriales¹⁷. Con todo, debemos diferenciar tres tipos fundamentales:

- ✚ **Varicoflebitis y la Trombosis venosa superficial:** Caracterizadas por varices externas de los miembros inferiores que provocan reacciones inflamatorias en tejidos vecinos. Su tratamiento se basa en el reposo de los miembros inferiores elevados, vendaje compresivo y tratamiento antiinflamatorio⁷.
- ✚ **Trombosis venosa profunda:** La más común durante el puerperio, afecta a venas profundas y se manifiesta en los tres días postparto fundamentalmente, suele producir dolor, edema e impotencia funcional. El tratamiento de primera línea son los anticoagulantes²⁹.
- ✚ **Tromboembolismo pulmonar:** Producido por el desprendimiento de un coágulo que viaja por el torrente sanguíneo hasta una arteria pulmonar, los síntomas característicos son la disnea y la taquipnea. El tratamiento de elección son los medicamentos anticoagulantes⁷.

En cualquier caso, durante el puerperio, es fundamental no sólo el tratamiento farmacológico, sino también la movilización precoz, mantenimiento de los miembros inferiores elevados y el uso de medias compresivas, si existen factores de riesgo^{7,29}. En este caso, es enfermería la encargada de proporcionar adecuadamente las pautas y comprobar e instar a su cumplimiento.

3.2.3 Complicaciones físicas en el puerperio tardío

Por último, en el puerperio tardío van a detectarse, pero sobre todo tratarse, aquellas patologías que surgen una vez la mujer ha iniciado su proceso de adaptación fuera del complejo

hospitalario. Debemos destacar la patología mamaria, las disfunciones del suelo pélvico, las hemorroides y el estreñimiento, y las alteraciones del estado de ánimo. Algunas de ellas son de detección tardía y otras suelen requerir un tratamiento prolongado en el tiempo.

- **Patología mamaria**

La lactancia materna exclusiva es “la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de la mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua”. Este alimento proporciona la energía y nutrientes que el infante necesita los primeros seis meses de vida, y cubre más de la mitad de las necesidades nutricionales tras el segundo semestre de vida.

La lactancia materna es un acto natural, pero también un comportamiento aprendido. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la mayoría de las mujeres pueden amamantar, pero actualmente en países como España, la prevalencia de lactancia materna exclusiva es baja, del 71% a las seis semanas de vida, 49.6% a los seis meses y del 20% al año¹⁹. Una de las causas son las patologías mamarias que suelen presentarse, destacando las grietas, la congestión mamaria y la mastitis.

El dolor en los pezones al inicio de la lactancia suele producirse por la presión negativa que ejerce el lactante al succionar para conseguir el alimento, generalmente, al instaurarse la lactancia suele desaparecer a menos que haya un mal acoplamiento boca-pezones, que de producirse repetidamente puede dar lugar a grietas. Estas grietas son heridas que se producen en el pezón y areola, que resultan dolorosas y dificultan la lactancia, siendo un motivo de abandono, se ha demostrado que la mejora en la colocación del lactante evita que se produzca³⁰.

Otra de las principales complicaciones es la congestión mamaria, considerada como la distensión e inflamación de las mamas que suele producirse hacia el tercer y quinto día postparto. Se asocia con inicio tardío de la lactancia, mamadas infrecuentes e inefectivas y restringidas en el tiempo. Suele manifestarse con un aumento del volumen mamario bilateral, dolor, calor y endurecimiento de las mamas, signos de alerta que debe detectar el personal responsable, que deberá tomar medidas como el vaciamiento frecuente de la mama, el masaje mamario y administrar los antiinflamatorios pautados³¹.

Referente a la mastitis, es la inflamación de la mama que puede estar acompañada o no de infección. Se caracteriza por dolor, calor en las mamas, eritema e induración. Ante esto, se debe tener un tratamiento que consta de vaciamiento de las mamas, reposo, líquidos abundantes y administrar la medicación pautada. Así mismo, la continuidad de la lactancia es beneficioso, por lo que se debe informar a la madre del no abandono de la lactancia materna, y entre otras aplicar frío en la zona y masajes mamarios.³²

No obstante, lo fundamental es evitar que estas complicaciones se produzcan, teniendo un papel fundamental enfermería, al ser responsable de la adecuada educación y seguimiento de la lactancia.

- **Patología del suelo pélvico**

La patología del suelo pélvico es la alteración de la anatomía y funciones de los músculos pelvianos. Entre los principales factores que lo pueden causar se encuentra el parto vaginal, debido a la distensión de los músculos del suelo pélvico que permiten la salida del bebé del canal del parto. Esto, junto al estreñimiento que suele aquejar a las madres en el puerperio, causa la debilitación de los músculos pelvianos. Este debilitamiento se puede evaluar mediante tacto vaginal u otros procedimientos, y utilizando distintas escalas, entre las que destaca La Escala Oxford Modificada. ([Anexo 2](#))

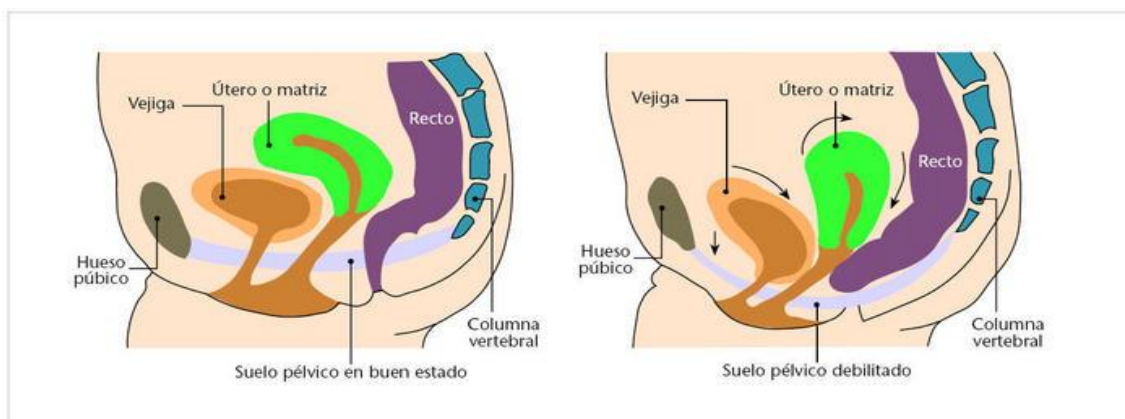


Figura 2: Descenso de órganos pélvicos por debilitamiento de los músculos pelvianos. Fuente: Incontinencia urinaria femenina. Diagnóstico, tratamiento y prevención. Elsevier.

De las consecuencias fundamentales a destacar, se encuentran: la incontinencia urinaria, los prolapsos y las disfunciones sexuales. Todo ello ligado a la disminución de la calidad de vida de la puerpera, deterioro de la higiene y aumento del gasto sanitario³⁵.

En primer lugar, la incontinencia urinaria está definida por la International Continence Society (ICS) como: “La pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y que constituye, para la persona que lo sufre, un problema social e higiénico”. Esta misma sociedad determinó la clasificación de las incontinencias, siendo la más prevalente la de esfuerzo en las puerperas, considerada como la pérdida involuntaria de orina al realizar esfuerzos, al toser o al estornudar, teniendo una tasa de prevalencia del 30% en los 3 meses postparto¹⁸.

Respecto a los prolapsos de órganos pélvicos según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, es el descenso de órganos pélvicos a consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y sostén. Existen diversos tipos de prolapsos, que han sido clasificados según el órgano que desciende:

- **Prolapso vaginal superior:** Descenso de la parte superior de la vagina tras una histerectomía.
- **Histerocele:** Prolapso al producirse el descenso del útero.
- **Cistocele:** Prolapso de la pared vaginal anterior por un descenso de la vejiga.
- **Uretrocele:** Prolapso de la pared vaginal anterior por el descenso de la uretra.
- **Enterocele:** Prolapso de la pared vaginal posterior por el descenso del intestino delgado.
- **Rectocele:** Prolapso de la pared vaginal posterior al descender el recto.

Así mismo, determinó los diversos grados de prolapsos de órganos pélvicos:

- **Grado 0:** No hay descenso.
- **Grado I:** Descenso de 1 centímetro por encima del himen.
- **Grado II:** Descenso a +/- 1 centímetro del himen.
- **Grado III:** Descenso de 1 centímetro por debajo del himen y protrusión no mayor de 2 centímetros de la longitud vaginal.
- **Grado IV:** Procidencia completa.

Se conoce que a mayor número de partos, aumenta el riesgo de padecer prolapsos grado II o mayores. Aunque existen otros factores predisponentes, el estilo de vida y hábitos de la mujer, son factores de riesgo sobre los que incidir para disminuir su prevalencia.^{33,34}

Otra de las principales afecciones derivadas del debilitamiento del suelo pélvico son las disfunciones sexuales, entre las que destaca la dispareunia, considerada como el dolor sentido

o manifestado durante el acto sexual o después de él. Durante el puerperio, es fundamental hablar con la mujer sobre el retorno a su vida sexual, realizar una adecuada valoración del suelo pélvico e instruir sobre las recomendaciones de cuidado y recuperación.³⁵

- **Estreñimiento**

El estreñimiento es considerado el principal trastorno intestinal en esta etapa, caracterizado por dolor o malestar, esfuerzo al defecar, heces duras y sensación de evacuación incompleta, logrando la defecación en menos de tres ocasiones por semana.

Este trastorno tiene múltiples etiologías en las púerperas, destacando las hemorroides, molestias en la zona perianal o el enlentecimiento gastrointestinal, de igual modo, el estrés propio de la etapa y del proceso de adaptación a la nueva situación contribuyen a este desajuste del tránsito intestinal. Sin embargo, se debe considerar que la no evacuación en los primeros 2-3 días postparto no es patológico.

Debe recalcar que el estreñimiento es una patología en la mayoría de los casos evitable, y que una vez se presenta, el mejor tratamiento reside en un estilo de vida activo y saludable con especial mención al cuidado de la alimentación, tomando dieta rica en fibra, pobre en especias y bebidas alcohólicas^{20,36}.

- **Hemorroides**

Las hemorroides son venas tumefactas del ano que ayudan a vaciar el recto y evitan pérdidas involuntarias de heces. Sin embargo, existen ciertas circunstancias en las que se inflaman pudiendo ocasionar prurito, sensación de ardor, dolor e incluso sangrado siendo estos síntomas generalmente transitorios.

Existen factores de riesgo mecánicos y hormonales que predisponen a su aparición, así, el embarazo, el puerperio, parto prolongado y el estreñimiento están asociados a una mayor incidencia de hemorroides.

Esta afección causa disminución en la calidad de vida de la mujer, pudiendo influir negativamente en la adaptación a esta nueva etapa, por ello, se recomienda evitar el estreñimiento, realizar higiene local con baños de agua fría, utilizar asientos blandos, y evitar el uso de fármacos o pomadas sin consultar al personal sanitario.³⁷

3.3 Complicaciones psicológicas en el puerperio

Durante el puerperio, las alteraciones del estado de ánimo son una de las principales complicaciones perinatales y un problema de salud pública, que repercuten tanto en la mujer como en su entorno, incluyendo su capacidad para prestar cuidados al recién nacido. Son de alta prevalencia:

- **Maternity Blues**

Considerado como una alteración del estado de ánimo, debido fundamentalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Generalmente el cuadro se presenta con labilidad emocional, irritabilidad, tristeza o llanto, teniendo una duración e intensidad variables y apareciendo entre los dos y cuatro días posteriores al parto.

Aunque no se ha determinado una causa específica causante de la tristeza postparto, sí se conocen factores de riesgo, entre los que destacan episodios de depresión o síntomas

depresivos durante la gestación, episodios estresantes durante el último mes de gestación y la alteración del sueño.

Son característicos los síntomas de alivio espontáneos entre las dos o tres semanas posteriores al alumbramiento. En caso de no producirse ese alivio, se debe contactar con un profesional sanitario, ante el riesgo de padecer depresión postparto³⁸.

- **Depresión postparto**

La depresión postparto es la depresión que inicia dentro de los primeros 12 meses posteriores al parto, presentando síntomas diarios por al menos dos semanas, cumpliendo los mismos criterios diagnósticos que el trastorno depresivo mayor, según el DSM-V. Tiene una prevalencia del 8-20%²¹.

Se deben cumplir cinco requisitos para su diagnóstico:

- Calidad depresiva del estado de ánimo (con pérdida del interés o el placer).
- Curso mínimo de dos semanas.
- Acompañada de síntomas.
- Estos síntomas desencadenan malestar o discapacidad.
- Que no contravengan criterios de exclusión.

Para ser considerado depresión, la alteración del estado de ánimo debe producir un deterioro social y/o laboral de su funcionamiento, y los síntomas no pueden deberse a una patología médica de fondo, fármaco o sustancia.

Desde enfermería, en las consultas, se puede detectar utilizando la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, que indaga sobre la presencia de síntomas cognitivos en la madre. Debe realizarse hacia la octava semana postparto coincidiendo con el pico de incidencias. [\(Anexo 3\)](#)

La detección temprana es fundamental, al suponer la enfermedad un aumento en la vulnerabilidad del recién nacido, estando expuesto a la suspensión temprana de la lactancia materna, abuso infantil o negligencia en su cuidado. Además, su avance puede derivar en complicaciones más graves como la psicosis puerperal³⁹.

- **Psicosis puerperal**

Actualmente, la psicosis postparto no existe como un trastorno independiente, siendo definido en términos generales como: “un episodio afectivo transitorio con síntomas psicóticos”. Tiene una prevalencia del 0.1-0.2%²¹.

Las manifestaciones inician de forma brusca entre el tercer y noveno día postparto, aunque puede comenzar incluso hasta el sexto mes. Los primeros síntomas suelen ser insomnio, irritabilidad, ansiedad e inestabilidad en el estado de ánimo. Posteriormente, inician conductas suspicaces, confusión, preocupación excesiva y rechazo por la comida. Estos síntomas son considerados como la fase inicial, que suele durar una semana, para dar lugar a la fase aguda, en la que aparece la actividad delirante y alucinatoria.

Es fundamental entender que estas afecciones psíquicas tienen factores de riesgo y protectores, pero no una etiología específica, por lo que es esencial para su identificación temprana un personal sanitario formado, capaz de observar e incluir en las entrevistas métodos de detección, con el fin de iniciar un tratamiento precoz que permita aumentar la calidad de vida de la madre, detener la evolución y minimizar sus consecuencias^{21,38}.

4. Consecuencias socio-económicas del puerperio

Consecuencias sociales

En primer lugar, se debe diferenciar el proceso reproductivo de la maternidad, ya que diversos estudios consideran que esta última es un constructo social y no una función natural implícita en nuestro código biológico⁴⁰. Partiendo de esta base, la forma de vivir los primeros momentos con el recién nacido y la adaptación durante el puerperio varían de una mujer a otra. Sin embargo, se han identificado puntos comunes a los que deben hacer frente las mujeres en su rol social.

A lo largo de la historia se ha legitimado la idea de “madre ideal”, basado en las premisas sociales de las características y cualidades que debe tener la madre para cuidar de su primogénito. Generalmente, se describe a una “madre virtuosa” dedicada a la crianza y educación de los hijos, que los provee de amor y ve en la maternidad una forma de realización personal⁴⁰. Sin embargo, y a pesar de que cada día esta idealización de la maternidad es desmontada, tal como se recoge en diversos discursos:

“De la maternidad solo nos han contado una parte de la verdad. Si me lo llegan a contar antes me lo hubiera pensado tres veces”

“La maternidad destruye tu vida”

Samanta Villar, 2017. El Rincón de Chester.

Muchas madres expresan sentirse juzgadas si exponen aspectos negativos especialmente en los primeros momentos. Esto, sumado a la presión por querer cumplir con los estándares sociales, puede llevar a la madre a sufrir situaciones de distress emocional, que suelen ocultarse por sentimientos de vergüenza y culpa⁴¹.

No solo esto, durante el puerperio deben adaptarse rápidamente a un cambio en sus funciones y en el rol social que desempeñan, al tener que cuidar de un recién nacido, satisfaciendo sus necesidades básicas e iniciando un proceso en el que deberán conocerse uno a otro. Esto implica menor tiempo para las actividades que realizaban anteriormente, por lo que muchas mujeres han considerado la maternidad como “una pérdida de individualidad en diversos aspectos”. En el estudio cualitativo de Royo, se determinó que: las mujeres tienen menor tiempo de ocio tras el nacimiento y frecuentemente anteponen el tiempo familiar al personal⁴².

Respecto a la implicación paterna, las nuevas políticas de permisos parentales han favorecido la implicación del padre en el cuidado de los hijos, lo que supone una disminución de la carga materna en el cuidado del bebé. Sin embargo, el estudio (Romero-Balsas, 2015) expuso que “las tareas más repartidas son las de naturaleza lúdica más que las de cuidado estricto”, así mismo, determinó que los padres primerizos tienen mayor implicación en el cuidado que aquellos con dos o más hijos y, que la implicación en las tareas domésticas no mejora con el permiso de paternidad. Con todo, se concluyó que el permiso de paternidad no es tiempo suficiente para conseguir cambios estructurales en actitudes y prácticas familiares⁴³.

Finalmente, las relaciones de pareja se ven afectadas en estos momentos, no sólo por el tiempo que se dedican sino también por las dificultades en el inicio de las relaciones sexuales, identificándose que el 50% de las mujeres desconocía como retomar las relaciones sexuales de forma segura⁴⁴.

Consecuencias económicas

Durante la revisión bibliográfica, no se han encontrado estudios específicos del costo del puerperio en el macrosistema económico. Sin embargo, tenemos datos sobre cómo afecta la maternidad a la vida laboral e impacto salarial de las mujeres, que utilizo para proporcionar un marco de referencia.

En la actualidad, según datos de la Organización Internacional del Trabajo, la tasa de participación de la fuerza laboral de las mujeres en España en 2019, fue del 69%⁴⁵. Sin embargo, a pesar del dato, un estudio que analiza las características laborales en función del género determinó que:

- Las mujeres realizan una mayor contribución que los hombres respecto al trabajo no remunerado, que sigue siendo invisible y no se contabiliza en el PIB. De media, dedican cuatro veces más tiempo al cuidado de los hijos que el género masculino.
- Existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la participación en el trabajo a tiempo parcial, siendo las mujeres las que más optan por esta opción, al ser vista en muchos casos como la única forma de compatibilizar la vida laboral con la familiar⁴⁶.

En cifras, un análisis de la Agencia Tributaria y de la Muestra Continua de Vidas Laborables, establece que ser madre en la media de 30 años, supone para la mujer una pérdida de 5.000 euros brutos en el impacto negativo salarial, mientras que en el hombre la cifra decae a 1.500 euros⁴⁷.

Esto se produce a pesar de la legislación vigente referente al permiso de nacimiento y cuidado del menor, el cual se considera como:

“un período de descanso con suspensión temporal del contrato de trabajo, en la que se percibe un subsidio mientras no se está trabajando para paliar la no percepción del salario”

Este permiso tiene una duración de 16 semanas, de las cuales las 6 primeras que se corresponden con la etapa puerperal, deben ser íntegras y consecutivas para la madre. Durante este tiempo, para minimizar el impacto que el cese de la actividad laboral pueda producir en la madre, esta percibe una prestación.

A partir del Real Decreto-Ley 6/2019, se procedió a equiparar el tiempo de permisos de paternidad y maternidad, por lo que dejó de emplearse el término “baja de maternidad o paternidad”, por el término “permiso por nacimiento y cuidado del menor”. Así, se ha pasado de disfrutar de 8 semanas de permiso, a actualmente 12, y para 2021 se prevé que el padre tenga 16 semanas al igual que la madre⁴⁸.

Desafortunadamente, no contamos con costos exactos del puerperio en la economía sanitaria, ni a nivel intrahospitalario ni extrahospitalario. No obstante, sabemos que:

Según datos del 2017 del Instituto Nacional de Estadística (INE), la primera causa de hospitalización en mujeres fueron episodios de embarazo, parto y puerperio, representando el 18.1% del total de altas hospitalarias, estimando el Ministerio de Sanidad un coste medio de 4.968,4 euros por cada una. Sin embargo, se debe recalcar que estos procesos tienen la media más baja en cuanto a días de hospitalización con 3.07 días, y registran el menor número de hospitalizaciones posteriores, con un 3.8% del total⁴⁹.

5. Actuación de enfermería

Ser madre es un proceso de aprendizaje continuo que requiere de vigilancia y atención. Desde que en el año 1986 se estableciera con la Ley General de Sanidad la atención sanitaria en dos niveles, la Atención Especializada y la Atención primaria, se ha requerido de coordinación para asegurar esta continuidad en el cuidado⁵⁰.

Enfermería, que desde el momento del alumbramiento ejerce un papel esencial en el cuidado de la madre tanto a nivel físico y mental como educativo, debe asegurar este rol a lo largo del tiempo, debiendo establecer las diferencias entre el cuidado proporcionado a nivel intrahospitalario y extrahospitalario.

5.1 Atención de enfermería intrahospitalaria

Tras el parto, la madre permanece por protocolo dos horas en la sala de partos. Durante ese tiempo las matronas vigilan los signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, pulso y tensión arterial) para asegurar la estabilidad hemodinámica materna. No sólo la monitorización, tras el alumbramiento se observan los cotiledones, para asegurar que no hay ninguno sangrante que haya podido quedar adherido a la pared uterina, y se pone especial atención a la adecuada hemostasia, comprobando mediante palpación abdominal la formación del “Globo de seguridad de Pinard”⁵⁰. Como prevención de la hemorragia postparto, el nivel de evidencia 1 grado de recomendación A, establece administrar oxitocina endovenosa (20 U.I de Syntocinon en 500 mililitros de suero salino fisiológico al 0.9%)⁵³.

El establecimiento de la lactancia materna siguiendo las recomendaciones de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), se debe establecer lo más pronto posible, siendo las matronas las encargadas de proporcionar las primeras instrucciones para el manejo de la lactancia. Así mismo, recomienda el contacto precoz piel con piel, que favorece el establecimiento del vínculo madre- recién nacido y la adaptación al ambiente postnatal⁵³. En este proceso, el padre experimenta las mismas emociones que la madre al ver por primera vez al recién nacido (Ibone Olza, 2017). Además, en los primeros momentos de la lactancia, el padre puede proporcionar un refuerzo positivo que ayude al establecimiento exitoso de la misma⁵⁴.

Durante el tiempo que la madre permanece en la sala de partos, se evalúa la recuperación paulatina de la movilidad y sensibilidad de los miembros inferiores si se administró anestesia epidural, se vigila la episiotomía, desgarro o herida quirúrgica secundaria a cesárea, y el manejo del dolor. Así mismo, debe reflejarse si ha realizado o no la primera micción espontánea y si ha tomado alguna bebida isotónica⁵¹.

Una vez la madre está estable y no se ha apreciado la aparición de complicaciones inmediatas, se deriva a la planta de obstetricia.

1. Al ingreso

Al llegar a planta, la enfermera responsable deberá revisar la historia clínica, destacando: antecedentes médicos, medicación habitual y alergias. Relacionado con el estado actual: Fecha de última regla, semanas de gestación, la fórmula obstétrica, grupo sanguíneo y Rh, tipo de parto, de anestesia, y estado del periné⁵¹.

Durante estas primeras horas, se debe realizar una valoración de enfermería, en la que se contemplen aspectos relacionados con restricciones alimenticias, el patrón de eliminación, el patrón circulatorio y respiratorio, movilidad, seguridad y relación con el recién nacido, su capacidad de autocuidado y aprendizaje, el descanso y la existencia de dolor^{51,52,55}.

Así, se toman las constantes vitales, se revisa el estado del periné, la involución uterina y se comprueba que el sangrado sea fisiológico y si tiene varices o hemorroides. Valoramos su estado anímico y el apego con el recién nacido.

Una vez se comprueba su estado general, se inicia la alimentación en las mujeres que han tenido un parto, mientras que se deja sueroterapia a aquellas a las que se les ha realizado una cesárea hasta pasadas 12 horas. Se intenta a su vez visualizar la técnica de lactancia materna, o en su defecto, informar a la madre de los horarios de los biberones en planta y el cambio paulatino de las dosis⁵⁶.

En Valdecilla, por protocolo, si el neonato ha nacido por vía vaginal, la madre permanece 48 horas ingresada, pero si ha nacido por cesárea permanece 72 horas. Al llegar a planta, el padre es el encargado de rellenar los documentos para realizar el test de metabopatías, se le proporciona información sobre en qué consiste y el funcionamiento de la planta.

2. Durante el ingreso

Estado físico

Se toman las constantes una vez al día, excepto si la tensión arterial es superior a 140/90 mmHg, en cuyo caso se tomará tras 4 horas para descartar una posible hipertensión puerperal⁵⁶.

En las primeras horas, comprobamos la completa recuperación de la movilidad y sensibilidad de los miembros inferiores antes de iniciar la deambulación, y se informará a la madre de avisar al personal sanitario cuando vaya a realizar la primera micción espontánea, para que la acompañen, ya que si pasadas 6-8 horas no lo ha hecho, enfermería comprobará la existencia de globo vesical por si se requiere sondaje. Además, valorará posibles mareos y proporcionará información acerca del cuidado del periné, formas de aliviar la inflamación de la zona, y las características de los loquios^{9,56}.

Dicha información debe ir acompañada de la comprobación de los entuertos, indicando a la madre que son un signo de buena hemostasia y no motivo de preocupación. No obstante, debe conocer que tiene medicación de rescate en caso de que lo requiera por dolor. Así mismo, se debe revisar su inmunidad frente a la rubeola por si requiere vacunación, y valorar la necesidad a su vez, de la vacuna Anti D⁵².

Estado emocional

Una de las funciones más importantes de enfermería es comprobar el nivel de adaptación de la madre a su nueva etapa, lo que incluye evaluar su estado emocional, comprobar su capacidad para proporcionar cuidados, y prestar ayuda y apoyo en caso de ser requerido. Este apoyo por parte del personal es esencial para aumentar la confianza y aliviar sentimientos negativos que puedan surgir en esta etapa, consiguiéndolo principalmente mediante: la escucha activa, informando y promoviendo un ambiente tranquilo que favorezca la implicación familiar y el bienestar del binomio madre-bebé^{52,56}.

Lactancia materna

Se informa sobre el proceso de lactancia y sus ventajas, se comprueba que la técnica de lactancia materna es la adecuada y se dan nociones básicas acerca del cuidado de las mamas, dispositivos de apoyo para facilitar la instauración de la lactancia y técnicas de amamantamiento⁵⁵.

Proporcionar apoyo durante el proceso es esencial, en el caso del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, las madres cuentan con una coordinadora de lactancia materna, cuya

función fundamental es el fomento de la lactancia asegurando el cumplimiento de la normativa IHAN. Basada en Los Diez pasos para una feliz lactancia, resume las directrices de la Declaración conjunta de UNICEF y la OMS para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Natural. Los cambios que esta iniciativa requiere son tanto hospitalarios como extrahospitalarios, al buscar un cambio en la cultura general sobre la lactancia⁵³, siendo su objetivo fundamental promover y apoyar el inicio precoz y el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva⁵⁷.

Se debe recalcar que a aquellas madres que no desean dar lactancia materna, se les administra previa orden médica, un fármaco inhibidor de la producción láctea. No obstante, antes se les informa sobre el proceso de la lactancia, los beneficios para ella y el neonato y los recursos de los que dispone en planta⁵². Además, se proporcionan nociones del cuidado adecuado de las mamas, y se informa de los horarios de los biberones en planta, los cambios en las dosis y cómo deben prepararlos y calcularlos cuando estén en sus hogares.

Cuidado del recién nacido

Generalmente, durante la exploración física del recién nacido, se informa a los padres a cerca del cuidado del cordón umbilical, cómo bañar al neonato, posiciones al dormir y jugar, y recomendaciones para disminuir el riesgo de muerte súbita del lactante. Es fundamental durante la educación parental, que ambos padres pongan en práctica lo aprendido^{52,56}.

Antes del alta, es importante que el recién nacido tenga realizada dos pruebas: el test de otoemisiones para comprobar el adecuado funcionamiento de los mecanismos de conducción del oído. Y, el test de metabopatías que se realiza a las 48 horas tras el nacimiento, con la finalidad de detectar precozmente enfermedades metabólicas en el neonato^{52,55}.

3. Al alta

Se deberá entregar el Informe Clínico, el Documento de Salud Infantil y la Hoja de continuidad de cuidados⁵⁵. Del mismo modo, recomendaremos pedir cita con el pediatra y enfermera de pediatría, recordaremos el cuidado del cordón umbilical y nociones sobre la alimentación según sea lactancia materna o artificial, y para disminuir el riesgo de muerte súbita del lactante.

En cuanto a la madre, se recomienda que pida cita con su matrona en el centro de salud, se informa sobre el cuidado del periné, los entuertos, las características de los loquios y cuidados de las mamas, y si se detectan hemorroides se darán consejos higiénico-dietéticos. Es fundamental dar recomendaciones a su vez sobre alimentación, ejercicios, hábitos de descanso y sexualidad^{9,56}.

Así mismo, se determinan las circunstancias en las que la puérpera debe acudir al personal sanitario: en caso de fiebre, metrorragia abundante, loquios malolientes, dolor, disuria, problemas mamarios, afectación de miembros inferiores o estado anímico que afecte la relación con el bebé⁵².

En el caso concreto de Valdecilla, las mujeres que presenten incontinencia urinaria o fecal tras el parto, o desgarras del periné grado III o IV se las derivará a la unidad de suelo pélvico, y aquellas que presenten enfermedades de difícil control (Diabetes, cuadros hipertensivos, alteraciones tiroideas postparto o enfermedades víricas no controladas como VIH o hepatitis), y resultados perinatales adversos (Muerte fetal, neonato con malformaciones severas, prematuros o CIR) serán derivadas a la consulta postnatal⁵⁵.

5.2 Atención de enfermería extrahospitalaria

La atención extrahospitalaria debe ser una continuación de la recibida en el hospital, proporcionándose de forma coordinada entre ambos niveles asistenciales, asegurando la transmisión de información, la valoración global de la puérpera y el asesoramiento en aquellos temas que lo requieran.

Actualmente, se recomienda que la matrona ejerza un papel de coordinación entre los diversos profesionales que puedan atender a la puérpera, siendo esta un referente de atención para la madre. Así mismo, se recomienda un mínimo de dos visitas durante el puerperio, las cuales estén dirigidas a valorar el estado físico, emocional y social de la mujer. El primer contacto con la matrona debe ser telefónico en las primeras 24 horas, y presencial preferiblemente en las siguientes 72 horas⁵².

En estas visitas puerperales, las Guías de Práctica Clínica coinciden en valorar:

- El estado de salud de la puérpera y el bebé.
- La lactancia.
- El suelo pélvico.
- Información y educación sobre métodos contraceptivos.
- El entorno social y familiar⁵².

Todos estos aspectos son fundamentales para comprobar la óptima adaptación bio-psico-social de la mujer en esta etapa. Existe consenso sobre qué evaluar en cada uno de los apartados a valorar:

El estado de salud de la puérpera y el bebé

En este caso debe valorarse tanto el aspecto físico como psicológico de la puérpera y el adecuado desarrollo del recién nacido.

Valoración del estado físico de la puérpera

Se comprobarán de forma sistemática las constantes vitales y el control del peso, la involución uterina, la consistencia del útero y se preguntará por los entuertos. Los loquios deberán ser en cantidades menores que una menstruación con un olor característico, y respecto al perineo comprobaremos el estado de la episiotomía, si la hubiera, o de hemorroides que requieran tratamiento, así como, la persistencia de hematomas. Se descartarán signos y síntomas de tromboflebitis, edemas o varices de los miembros inferiores y preguntaremos por el hábito miccional e intestinal⁵⁵.

En el caso de las cesáreas, también se valorará el cuidado de la herida quirúrgica y su aspecto, recordando que debe mantenerse tanto limpia como seca, recomendando la evidencia utilizar clorhexidina acuosa al 2% para la desinfección de la zona⁵². Hacia el 7º-8º día se puede considerar retirar las suturas⁵⁵.

En estas visitas, se deben proporcionar nociones de cuidado a la puérpera sobre el periné, que debe limpiar con compresas frías para aliviar la inflamación de la zona, a toques y en sentido antero-posterior. Para evitar el estreñimiento, se aportan consejos higiénico-dietéticos, y en el caso de las hemorroides, se aconsejan baños con agua fría y sentarse en asientos blandos. Si aparecen edemas, se recomienda realizar paseos, descansar con las piernas elevadas y no permanecer durante tiempo prolongado en sedestación. En cuanto a los cambios mamarios, se

recomienda utilizar sujetadores de tejidos suaves que recojan adecuadamente la mama y revisar el estado del pecho de la mujer⁵⁵.

Es fundamental preguntar acerca del dolor, si todavía persiste y sus características en caso afirmativo: comienzo, duración, localización, intensidad, factores atenuantes o agravantes y si tiene medicación para su resolución. Así mismo, se debe insistir en los síntomas de consulta urgente enumerados en “La hospitalización intrahospitalaria: al alta”⁵².

Valoración del estado psicológico de la puérpera

En primer lugar, las primeras actividades deben centrarse en la escucha activa de cómo ha sido el parto y la evolución postparto, incluyendo la llegada al domicilio y la adaptación familiar⁵⁵. Esto permite a la madre expresar las dificultades que haya podido entrañar esta nueva etapa y a nosotros identificar los puntos de apoyo que precisa.

Está constatado que durante el puerperio se producen cambios físicos y hormonales, que junto al estrés propio de la nueva etapa predispone a alteraciones emocionales como el “Maternity Blues”, la depresión postparto o la psicosis puerperal. Estas afecciones están infradiagnosticadas debido a que suelen ocultarse por sentimientos de vergüenza y culpa. Para evitarlo, se debe: observar el estado emocional de la madre y permitir que exprese sus preocupaciones, potenciar su autoestima y confianza en sus capacidades y normalizar las emociones y sentimientos. Es de utilidad deslegitimar con argumentos la idea de “madre ideal”, así como informar de los trastornos del estado de ánimo, y recomendar acudir al profesional médico si dicho estado depresivo se alarga en el tiempo⁵⁵.

En el caso de que esto ocurra, es fundamental como parte del cribado de la depresión postparto, hacer las dos preguntas siguientes:

- “Durante el último mes, ¿Se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”
- “Durante el último mes, ¿Se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?”

En caso de resultar afirmativa, se recomienda utilizar la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, tomando como punto de referencia para confirmar el diagnóstico más de 12 puntos. A su vez, se sugiere realizarla a partir de las 6 semanas postparto para discriminar correctamente el riesgo de depresión postparto. Hay bibliografía que recomienda realizarla a las 8 semanas postparto, coincidiendo con el pico de incidencias⁵².

Para su prevención, los expertos consideran que se debe mantener un adecuado patrón del sueño, descansar y dedicarse tiempo a sí misma, reorganizar las labores domésticas a lo esencial, repartir las responsabilidades, no compararse con otras madres y aprender a pedir ayuda.

Valoración del estado del recién nacido

Se deberá realizar una valoración del estado físico del recién nacido, en el que se comprueben aspectos como su estado alerta/sueño, la coloración de la piel y su estado general, el cordón umbilical, la alimentación, su patrón de eliminación (número aproximado de micciones y deposiciones) y la higiene del bebé.

Es fundamental a su vez, comprobar el nivel de apego de los padres con el hijo, observando las interacciones que tienen entre ellos, gestos de caricias, miradas o incluso el trato durante el llanto⁵⁵.

- **La lactancia**

Lo primero será determinar el tipo de alimentación que la madre decidió proporcionar al lactante:

Si es lactancia materna: valoraremos los hábitos del lactante: si se despierta para mamar, suelta espontáneamente el pezón al terminar la toma, la curva de peso y el número de micciones y deposiciones. A su vez, preguntaremos por la historia de la lactancia: cómo se encuentra la madre, número de tomas al día, si ofrece ambos pechos en cada toma, y si tiene alguna dificultad. Una de las recomendaciones es la visualización de una lactada por parte del profesional, que en caso de validar alguna dificultad, proporcionará consejos para su resolución basados en la evidencia^{52,55}. ([Anexo 4](#))

En caso de situaciones complejas remitir al personal experto, poner en contacto con asociaciones de apoyo a la lactancia materna y redirigir a páginas web con información de referencia⁵⁵.

Si es lactancia artificial: se apoyará a la madre en su decisión, se preguntará si el recién nacido se despierta para tomar el biberón, cuántas tomas hace, curva de peso y número de micciones y deposiciones. Es esencial proporcionar información sobre las leches de fórmula, cuándo hacer el cambio entre las de inicio y continuidad, la preparación de los biberones y las normas de higiene, y los cambios paulatinos de las dosis⁵⁵.

El suelo pélvico

Uno de los factores de riesgo para el debilitamiento de los músculos pelvianos es el parto, fundamentalmente vaginal⁵⁸. Estas afecciones del suelo pélvico se diagnostican mediante la entrevista clínica y la exploración de la zona perianal.

Al tener una repercusión a nivel sexual, higiénico, económico y en la salud física y psicológica de la mujer, es fundamental abordarlo lo antes posible. Por ello, se informará a la mujer sobre las modificaciones en la conducta y los ejercicios activos para la rehabilitación del suelo pélvico.

- **Modificaciones de la conducta**

Se recomendará proteger los músculos del suelo pélvico en la vida diaria, evitando actividades que compriman el abdomen y ejercicios de alto impacto. A su vez, es esencial mantener adecuados hábitos higiénico-dietéticos, disminuyendo la ingesta de bebidas alcohólicas, diuréticas y excitantes, no demorando las micciones más de 3 horas y evitando el aumento excesivo de peso y el estreñimiento. Se deberá tomar 1.5-2 litros de agua, siendo menor la ingesta al anochecer.

En caso de fumar, se recomendará abandonar el hábito tabáquico, al ser un factor de riesgo para la tos crónica^{58,59}.

- **Ejercicios activos para la rehabilitación del suelo pélvico**

Son aquellos que realiza de forma voluntaria y consciente la mujer, para el fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico. Entre los principales, encontramos: Ejercicios de Kegel, biofeedback, conos vaginales y las bolas chinas.

Ejercicios de Kegel

Son ejercicios consistentes en la contracción y relajación voluntaria de los músculos del periné. Sirven para reforzar el sistema de sostén, asegurar la protección ante situaciones de esfuerzo o riesgo y el restablecimiento del cuello vesical en el eje de presión.

Se recomienda para evitar la fatiga muscular, que el tiempo de descanso sea el doble que la duración de la contracción muscular, manteniendo las contracciones 5 segundos en series de 10, que irán incrementando progresivamente sin llegar a la fatiga muscular. Se recomienda realizarlo diariamente, tantas veces como quiera y pueda la mujer^{58,59}.

Biofeedback

Es una técnica en la que se introduce un dispositivo en el interior de la vagina, para que, cuando se contraigan los músculos pelvianos, se emita una señal que permita identificar la adecuada realización del ejercicio, de tal forma que fortalezca los músculos pelvianos y no los adyacentes⁵⁸.

Ejercicios complementarios

Los conos vaginales y las bolas chinas son dispositivos intravaginales que en caso de utilizarse deben ser compaginados con otros tratamientos como los anteriores. No hay suficiente evidencia clínica contrastada sobre los beneficios y riesgos en el tratamiento rehabilitador del suelo pélvico, a pesar de la popularidad de su uso.

Conos vaginales

Son dispositivos en forma de cono que se introducen en la vagina, y al tender a caer por el efecto gravitatorio los músculos se contraen como reflejo para evitar su salida. Estos conos se deben introducir y mantener durante varios minutos. La bibliografía determina que los resultados empezarán a apreciarse hacia la tercera semana desde el inicio de su uso⁶⁰.

Bolas chinas

Es un dispositivo cuyo mecanismo de acción se basa en producir una vibración que activa el reflejo de contracción de la musculatura involuntaria pélvica. Se recomienda empezar con bolas de menor peso y tamaño, y a medida que se avanza en el tratamiento, ir aumentando progresivamente. Se recomienda su uso una media de 15-20 minutos dos veces al día, y como terapia de mantenimiento, realizarlo de dos a tres veces por semana.

En el caso de haber sido sometida a una episiotomía, y hasta su completa cicatrización, no se recomienda el uso de este dispositivo^{59,61}.

Información y educación sobre métodos contraceptivos

El plano sexual se abordará: respondiendo las dudas que presenta la madre, informando sobre el inicio de las relaciones sexuales, alternativas al coito, recalando la importancia de la pareja y proporcionando información sobre los diversos métodos anticonceptivos:

A partir de los 21 días postparto se deben tomar medidas anticonceptivas. Por ello, la pareja debe conocer los métodos anticonceptivos que puede utilizar, y el tiempo de espera de cada uno, lo cual está determinado si la madre da o no lactancia materna:

Tiempo Lactancia				
	Inicio relaciones sexuales coitales	4 semanas	6 semanas	6 meses
Materna	<ul style="list-style-type: none"> Preservativos 	<ul style="list-style-type: none"> DIUs de Cobre DIUs liberadores de levonorgestrel. 	<ul style="list-style-type: none"> Anticoncepción hormonal oral de progesterona Implante anticonceptivo Anticoncepción hormonal intramuscular de acetato de medroxiprogesterona 	<ul style="list-style-type: none"> Anticoncepción hormonal combinada

La lactancia materna, MELA, mientras la mujer esté en amenorrea y el bebé no haya recibido ninguna suplementación alimentaria, y sea menor de seis meses, es un método anticonceptivo con un margen de error del 2%.

Tiempo Lactancia			
	Inicio relaciones sexuales coitales	4 semanas	6 semanas
Artificial	<ul style="list-style-type: none"> Preservativos Anticoncepción hormonal oral de progesterona Implante anticonceptivo Anticoncepción hormonal intramuscular de acetato de medroxiprogesterona 	<ul style="list-style-type: none"> DIUs de Cobre DIUs liberadores de levonorgestrel 	<ul style="list-style-type: none"> Anticoncepción hormonal combinada

Tabla 1: Métodos anticonceptivos, según el tipo de alimentación y tiempo transcurrido en el puerperio. Fuente: Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio. Servicio Cántabro de Salud.

La anticoncepción de emergencia está indicada a partir de los 21 días postparto en caso de mantener relaciones sexuales sin protección, pudiéndose tomar la píldora postcoital de 1.5 miligramos de Levonorgestrel⁵⁵.

El entorno social y familiar

Es fundamental valorar la adaptación del padre y el entorno familiar a la llegada del nuevo miembro, ya que son parte de la esfera social, y un apoyo a la puérpera que puede facilitar la transición a esta nueva etapa⁵².

Las guías determinan que es necesario valorar las situaciones de riesgo, destacando: madres solas, adolescentes, nivel socio-económico bajo, depresiones previas o embarazos múltiples⁵⁶.

Lamentablemente, valorar el entorno de la mujer desde la consulta resulta complejo, por ello se ha determinado que la mejor opción son las visitas domiciliarias, y para ayudar a la adaptación en esta etapa, contar con diversos recursos, entre los que destacan los grupos postparto⁵².

• Grupos postparto

Un grupo de apoyo se refiere a un conjunto de personas, con circunstancias o características particulares compartidas, que se reúnen periódicamente para compartir sus vivencias. En el caso de los grupos postparto, se caracterizan porque están dirigidos a padres y madres, que tratan en las sesiones diversos temas relacionados con la sexualidad, recuperación física y psicológica, el cuidado del recién nacido y de ellos mismos tras la llegada de un hijo⁵⁵.

Uno de los grupos de apoyo con mayor desarrollo y repercusión son los grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM), cuyo propósito consiste en ayudar a las madres a conseguir amamantar exitosamente y disfrutar de la experiencia, estando coordinados y dirigidos por madres, para favorecer la horizontalidad y reciprocidad que los caracteriza. Estos deben diferenciarse de los talleres de lactancia materna, generalmente propulsados por Atención Primaria, en el que hay un profesional sanitario con conocimientos específicos del tema que promueve y favorece el intercambio entre iguales, y participa esporádicamente en cuestiones puntuales⁵⁴.

En cualquier caso, se ha demostrado que este intercambio de experiencia entre iguales permite adquirir información y nuevas perspectivas, estrategias para el afrontamiento de problemas, normalizar las situaciones y emociones derivadas de la nueva etapa, favorece la expresión emocional y el apoyo entre sus miembros⁶². Y, en el caso concreto de la lactancia, se ha demostrado que las madres participantes amamantan por más tiempo, y de modo más exclusivo que aquellas que no comparten experiencia con otras madres, tienen más confianza en ellas mismas y sus capacidades, y contribuyen a disminuir el estrés de los primeros meses de lactancia⁵⁴.

Actualmente, existen numerosos grupos de apoyo a lo largo del territorio que representan un espacio donde las mujeres satisfacen sus necesidades formativas y emocionales, mediante el apoyo y acompañamiento, mejorando su bienestar personal y familiar. Esto se hace patente en estudios cualitativos, en los que se recogen testimonios, tales como:

“Son un espacio donde soltar emociones, donde profundizar en nuestra vivencia y sentimientos, donde apasionarnos hablando, donde llorar sin vergüenza, donde aprendemos y nos empoderamos y donde nos sentimos comprendidas”

El parto es nuestro. Madre del grupo de apoyo de Madrid, Alcobendas.

- **Programas domiciliarios de enfermería**

Son múltiples las necesidades identificadas de la mujer en el puerperio, fundamentalmente en el clínico y tardío, al encontrarse fuera del complejo hospitalario. Diversos estudios cualitativos revelan que este período suele estar acompañado de sentimientos de miedo y angustia, y muchas mujeres consideran no están lo suficientemente respaldadas por los profesionales sanitarios^{44,63}. Para paliar estas deficiencias del sistema, se ha planteado la visita domiciliaria por parte de la matrona.

En una revisión sistemática (Iglesias, 2015) en la que se evaluó la efectividad de la visita domiciliaria frente al seguimiento telefónico o ninguna intervención, concluyó que la visita domiciliaria postparto conduce a:

- ✚ Menor riesgo de sufrir complicaciones en el puerperio.
- ✚ Disminuir la incidencia y mejorar la depresión postparto.
- ✚ Menor abandono precoz de la lactancia materna.
- ✚ Mayor grado de satisfacción materna e información acerca del cuidado hacia ella misma y el recién nacido.
- ✚ Disminución en el uso de servicios médicos de Urgencias para los recién nacidos.
- ✚ Las tasas de abandono del seguimiento puerperal son menores, destacando en las madres drogodependientes.

Esta revisión también revela que las visitas domiciliarias son más efectivas cuando incluyen múltiples cuidados comunitarios, son más intensivas y periódicas y están dirigidas a mujeres en situaciones sociales de riesgo⁶⁴.

A pesar de ser una medida con numerosas ventajas sobre la salud de la mujer y su entorno, la aplicación de este tipo de asistencia está reducida a casos especiales (complicaciones perinatales graves o riesgo social alto) y a urgencias, por lo que en España y parte de Europa, el 90% de la asistencia se proporciona en los Centros de Salud⁶⁵. Esto se produce ya que se ha constatado que no es una opción costo-efectiva^{63,64}.

Una de las alternativas es el seguimiento telefónico. Sin embargo, los datos sobre sus beneficios no son concluyentes ni consistentes y se requiere de más investigación. Lo que sí está contrastado, es que resulta más efectivo si se combina la atención domiciliaria en el puerperio con el seguimiento telefónico⁶⁶.

Para la proyección e instauración de estos proyectos, el Boletín Oficial del Estado, establece entre las competencias enfermeras:

“Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad, para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones”.⁶⁷

Esto permite afirmar que enfermería es un colectivo preparado para asumir este rol y asegurar la continuidad de cuidados durante el puerperio, contribuyendo a una mejor adaptación de la madre y su entorno a esta etapa.

6. Recursos Online

Actualmente, los dispositivos electrónicos se han convertido en una extensión del ser humano, por lo que podemos utilizarlos como una herramienta para dar soporte a la puérpera, a través de aplicaciones, páginas web y vídeos con información de calidad contrastada.

Aplicaciones en el teléfono móvil

Empezando por las aplicaciones para teléfonos móviles, realizamos nuestra búsqueda en App Store tomando como referencia la palabra “puerperio”. Los resultados resultan escasos de apenas cuatro resultados y además las aplicaciones son en portugués, y tratan principalmente el embarazo. Por esto, cambio el criterio de búsqueda por la palabra “postpartum”. En este caso los resultados se amplían y obtenemos diversas opciones. Entre todas escogí:

PostpartumFP

Es una aplicación abalada por la Organización Mundial de la Salud, que pretende informar sobre la planificación familiar postparto. Al inicio, pregunta a la puérpera: su condición médica, si está proporcionando lactancia materna, medicación que toma, el tiempo desde que dio a luz, y tiene la opción de poder añadir otras características de su salud.

Tras tener los datos de la madre, proporciona los diferentes métodos anticonceptivos con información acerca de cada uno de ellos y, después, los clasifica en los más recomendables según esté lactando o no.

Esta opción la escogí porque son muy escasas las aplicaciones que traten únicamente la sexualidad en este período, está abalada por una entidad de fiabilidad, su uso es sencillo, es gratuito y la información es precisa y fácil de entender.

MamaMend

Es una aplicación de utilidad en la que puedes acceder a información de diferentes aspectos según la duda que presente la puérpera en cada momento. Es reseñable que antes de acceder a la aplicación, pregunta: si estás embarazada o en el puerperio, fecha de nacimiento del bebé, si proporcionas lactancia materna y qué tipo de parto tuviste.

Con esta información, y al haber escogido la fase del puerperio, tiene artículos de actualidad incluso relacionados con el COVID-19. Los temas son variados, incluyendo desde el ejercicio, alimentación, consejos de lactancia hasta cómo lidiar con la ansiedad o el estrés en esta etapa.

La elección de esta aplicación ha sido porque los artículos están realizados por profesionales acreditados, está constantemente actualizándose con nuevos temas, es de fácil manejo y gratuita.

Páginas web

No solo las aplicaciones, existen páginas web a las que podemos acceder en línea en cualquier momento. Lamentablemente, no he encontrado ningún blog o página online dedicada exclusivamente al puerperio, pero sí páginas de rigor científico e información contrastada. Destacando:

- **Escuela Cántabra de Salud:** En relación al puerperio, aborda el cuidado del suelo pélvico y la lactancia materna, tiene numerosos artículos para mantener un estilo de vida saludable, y promueve el consejo sanitario, un servicio de enfermería al que la puérpera puede acceder para consejos de salud e información adicional.
- **Asociación Española de Pediatría (AEPED):** La información es fundamentalmente sobre lactancia materna, con diversos artículos, vídeos y recursos tanto para profesionales como para padres. Destacan las recomendaciones de aplicaciones web sobre lactancia, y la información sobre bancos de leche y grupos de apoyo a la lactancia a los que la madre puede acceder.

- **Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME):** Página web de rigor científico, en el que introduciendo la palabra “puerperio” en su buscador, nos aparecen numerosos artículos gratuitos sobre el puerperio fisiológico y patológico. Muchas son revisiones bibliográficas e investigaciones. Así mismo, proporciona otros sitios de interés, como otras páginas web o revistas que tratan sobre la salud de la mujer.

Vídeos de YouTube

En YouTube no hay listas de reproducción específica del postparto, pero encontramos numerosos vídeos de experiencias maternas. Además, tenemos vídeos más objetivos, al haber hospitales y entidades cuyos profesionales son los que proporcionan la información, entre los que destaco:

- **¿Qué es el puerperio o posparto inmediato?- EFE salud.** Una matrona explica qué es el puerperio, las distintas fases y los riesgos que enfrentará en esta etapa. Es un vídeo corto, conciso, sin tecnicismos complejos que permite la comprensión del contenido por personas ajenas al sistema sanitario.
- **Consejos para el puerperio- Quirón Salud.** Una enfermera proporciona consejos acerca del cuidado que debe tener la mujer en el puerperio, desde el cuidado de heridas en caso de presentarlas, hasta la alimentación y el ejercicio.

Todos estos recursos permiten a la mujer resolver dudas que puedan surgir a lo largo del puerperio por sí mismas.

7. Conclusiones

El puerperio es una etapa trascendental en la vida de la mujer que supone cambios a nivel físico, psíquico y social, dando lugar a necesidades de cuidados en las tres esferas fundamentales (bio-psico-social), para lo cual la madre requiere de acompañamiento y apoyo.

Tras haber analizado lo expuesto en el trabajo fin de grado, he llegado a la conclusión de que a pesar de los esfuerzos realizados y la atención y cuidados proporcionados, todavía se requiere de múltiples acciones y mayor concientización de los cambios y necesidades que presenta la mujer en esta etapa.

Enfermería, por su posición y formación, es una profesión con capacidad para prestar cuidados, apoyo y realizar el seguimiento y acompañamiento que requiere la mujer en esta etapa. Tanto en el entorno hospitalario como en Atención Primaria, realizan actividades fundamentales para la óptima recuperación materna. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos, se requiere mayor coordinación, seguimiento más exhaustivo a lo largo del tiempo y una mayor aproximación a la realidad cotidiana de la mujer. No solo esto, a pesar de la existencia de protocolos y guías clínicas para la atención en el puerperio, no existe consenso de actuación e incluso hay comunidades que no tienen ningún documento oficial redactado.

Para paliar estas deficiencias del sistema, es necesario establecer una estrategia clara y unificada para los profesionales en la atención en el puerperio, y potenciar y visibilizar alternativas que actúen como soporte y complemento para la puérpera.

Debe recalcar, que aunque los programas, tecnologías y demás alternativas permitan una mejora en la atención en el puerperio, el seguimiento y acompañamiento de un profesional es esencial para asegurar la calidad y adecuación de los cuidados, en uno de los momentos más importantes en la vida de una mujer.

8. Bibliografía

1. Manuel Sedano L, Cecilia Sedano M, Rodrigo Sedano M. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Rev Médica Clínica Las Condes. 2014; 25(6):866-73. [Citado 08 ene 2020]. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Desktop/S0716864014706327%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Desktop/S0716864014706327%20(1).pdf)
2. Ministerio de Sanidad y política social (2009). Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. c2019 [Acceso 09 ene 2020]. Mortalidad materna. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
4. N.J. Kassebaum, A. Bertozzi-Villa, M.S. Coggeshall, K.A. Shackelford, C. Steiner, K.R. Heuton. Global, regional and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet, 384 (2014), pp. 980. [Citado 20 ene 2020]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60696-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60696-6/fulltext)
5. El Español [Internet] Madrid; c2018. España, a la cola de Europa en tasa de fertilidad. [Citado 09 ene 2020]. Disponible en: https://cronicaglobal.elespanol.com/graficnews/espana-cola-europa-tasa-fertilidad_154190_102.html
6. IndexMundi [Internet]. c2019 [Acceso 10 ene 2020]. Tasa de mortalidad materna. Disponible en: <https://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=sp&v=2223&l=es>
7. Bezares Pérez B, Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal Puerperal pathology. Vol. 32, An. Sist. Sanit. Navar. 2009. [Citado 12 ene 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia7.pdf>
8. Macías H, Carlos J, Cruz G, M^a I, López M, Sánchez RC, et al. Continuidad de cuidados en el puerperio. implicaciones sobre los indicadores de satisfacción. 2017;(4):1–14. [Citado 14 ene 2020]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Desktop/11_continuidad_de_cuidados_en_el_puerperio.pdf
9. Boal Herranz GA, Fernández Y Fernández-Arroyo M. Miniguía práctica en obstetricia. Puerperio y recién nacido [Internet]. Laboratorios Bial, editor. Madrid: Eurodice; 2019. [Citado 14 ene 2020]. Disponible en: https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/41377/19-02-26_Miniguia-DEF-PuerperioRN.pdfsequence=-1&isAllowed=y
10. Pamela Berens M. Overview of Postpartum Care. Wolters Kluwer [Internet]. 2017;242(1):2. [Citado 13 ene 2020]. Disponible en: <http://enjoypregnancyclub.com/wpcontent/uploads/2017/06/Overview%20of%20postpartum%20care.pdf>
11. Miranda Moreno M, Bonilla García A, Rodríguez Villar V. Cuidados después del parto Care after Birth. TRANCES Rev Transm del Conoc Educ y la Salud [Internet]. 2017;9(4):719–26. [Citado 20 ene 2020]. Disponible en: http://www.trances.es/papers/TCS%2009_4_11.pdf
12. Figeroa C, González M. Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio [Internet]. 2015. 297 p. [Citado 15 ene 2020]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf
13. Ramsay M. Cambios celulares durante el embarazo y puerperio. Pavord S, Hunt B, editores. El manual de hematología obstétrica. 2da ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2018. p.1-3.
14. Ianco G. Aspectos psicofisiológicos del embarazo, parto y puerperio. VIII Jornadas de

- Salud Perinatal. Santiago de Compostela, 2014. Disponible en: https://www.sergas.es/docs/muller/VIIIPerinatal/Documentacion/3_aspectos_psicofis_ioloxicos_Gabriella.pdf
15. Carmona Ruiz IO, Moraga Sánchez MR, de la Lata SE, Canteño Miñano MD, Romeu Sarrió A. Ganancia de peso y resultados perinatales. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2016;84(11):684-695. [Citado 20 ene 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom1611c.pdf>
 16. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Mortalidad materna. Nota de prensa. c2019. [Citado 24 ene 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
 17. García Ramos R, Gómez Vicente L, Gurría Torre A, Mas Sala N, Morales Ortiz A, Pozo Rosich P, et al. Neurología y mujer. En: Porta Etessam J, coordinador. Complicaciones vasculares del embarazo [Internet]. Madrid; 2013. P. 39-41. [Citado 20 ene 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/NEUROLOGIA%20Y%20MUJER.pdf>
 18. Barranco Cuadros JM, Herrera Vargas I, Rodríguez-Blanco R, Sánchez-García JC. Incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres durante el posparto [Internet]. Revisión bibliográfica. JONNPR. 2017;2(12):695-707. [Citado 10 feb 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/incontinencia%20urinaria%20en%20el%20puerpeio.pdf>
 19. Lechosa Muñiz C. Retorno social de la inversión en lactancia materna en Cantabria. Impacto económico en la reducción de enfermedades infecciosas [Tesis]. Cantabria: Universidad de Cantabria. Facultad de enfermería; 2017.
 20. Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for treating postpartum constipation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. Art. No.: CD010273. DOI: 10.1002/14651858.CD010273.pub2
 21. Fonseca Villanea C. Psicosis postparto. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de agosto de 2018 [Citado 15 feb 2020];3(8):7 - 12. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/134>
 22. Sánchez Ortiz M, M. LP, Sánchez Muñoz A, Gil Raga F, V AG. Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz. Apunt Cienc [Internet]. 2019;9(1):18-24. [Citado 02 feb 2020]. Disponible en: <http://apuntes.hgucr.es/files/2019/04/ARTICULO-ORIGINAL-1.pdf>
 23. Aldo Solari A, Caterina Solari G, Alex Wash F, Marcos Guerrero G. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. REV. MED. CLIN. CONDES [Internet]. 2014;25(6):993-1003. [Citado 18 feb 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf/S0716864014706492>
 24. Karlsson H., Pérez Sanz C.. Hemorragia postparto. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009; 32 (1) 159-167. [Citado 02 feb 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014
 25. La Vanguardia[Internet] Madrid; c2019. ¿Qué es la endometritis? Síntomas, causas y cómo tratar la enfermedad. [Citado 13 feb 2020]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/salud/enfermedadesinfecciosas/20190810/463973046525/endometritis-endometrio-inflamacion-epitelio-utero-clamidia-ets-gonorrea-vaginosa-bacteriana.html>
 26. Ruiz Domínguez Rosario, Gil Seoane Rocio. HIPERTENSIÓN ARTERIAL POST-PARTO. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 ; 20(1): 28-33. [Citado 10 feb 2020] Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726895820140001005
 27. Vázquez Valerio L. Estados hipertensivos del embarazo. Rev Uruguaya Cardiol [Internet]. 2013;28(2):285-98. [Citado 10 feb 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms173c.pdf>

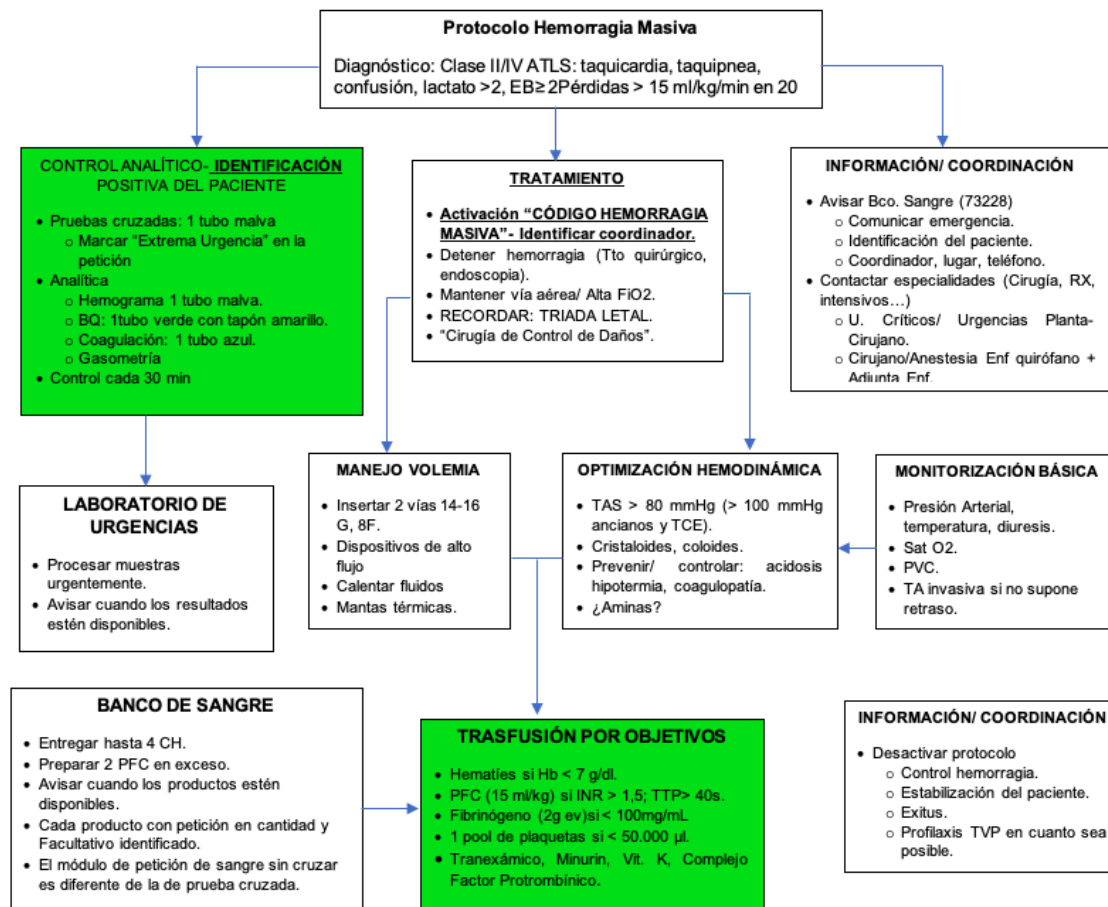
28. De Á, Gamboa S, Ríos M, Vargas J, Azúa MR De, Gómez-manrique A, et al. Multiple parameter screening and prevention of preeclampsia: Evaluation of a protocol implemented at Hospital Universitario Puerta de Hierro. 2019;62(2):122–9. [Cited 02 feb 2020]. Available from: https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n2/06-TO_PREECLAMPSIA-ing.pdf
29. Ferreiro Hernández LB, Díaz Jiménez Hernández MM, Nápoles Méndez D, García Gomez O, Couto Núñez D. Trombosis venosa profunda bilateral en una púérpera - Bilateral. Medisan [Internet]. 2015;19(5):651–7. [Citado 29 feb 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192015000500011&lang=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n5/san11195.pdf
30. De D, Cáceres H, Magdalena U. Revisión sistemática de las causas y tratamientos para las grietas en los pezones durante la lactancia materna. Entramado [Internet]. 2019;15(2):218–28. [Citado 02 Mar 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/grietas%20en%20el%20pez%C3%B3n.pdf>
31. Berens P, Brodribb W, Noble L, Brent N, Bunik M, Harrel C, et al. Protocolo clínico ABM n.º 20: Congestión mamaria, revisado en 2016. Breastfeed Med [Internet]. 2016;11(4):159–63. [Citado 02 Mar 2020]. Disponible en: <https://amamantarasturias.org/wp-content/uploads/2019/11/20-engorgement-protocol-spanish.pdf>
32. Bonilla Sepúlveda ÓA. Mastitis puerperal. Rev la Esc Ciencias la Salud la Univ Pontif Boliv [Internet]. 2019;38(2):140–6. [Citado 02 Mar 2020]. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/9157/8323>
33. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet]. Madrid: SEGO. Prolapso de órganos pélvicos. [Citado 05 Mar 2020]. Disponible en: https://sego.es/mujeres/Prolapso_pelvico.pdf
34. Cohen D. Prolapso Genital Femenino : lo que deberías saber. Rev médica clínica Condes [Internet]. 2013;24(2):202–9. [Citado 05 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf/S0716864013701512>
35. Martínez Torres Jd, Bolaños Abrahante O, Rodríguez Adams EM, Rodríguez Lara H, García Delgado JÁ. Disfunciones sexuales y disfunciones del suelo pélvico. ¿Problemas de salud relacionados?. Revista Sexología y Sociedad [revista en Internet]. 2016 [citado 05 Mar 2020];21(2). Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/59>
36. Perez M. Estreñimiento En Adultos. Rev médica Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2016;(620):611–5. [Citado 07 mar 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163aj.pdf>
37. Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated hemorrhoids in pregnancy and the puerperium. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD004077. DOI: 10.1002/14651858.CD004077.pub2.
38. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol y Reprod humana [Internet]. 2013;27(3):185–93. [Citado 10 Mar 2020] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372013000300008&script=sci_arttext&lng=pt
39. Villegas Loaiza N, Paniagua Dachner A, Vargas Morales JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. Rev méd sinerg. [Internet]. 2019;4(7):261. [Citado 10 mar 2020]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/261>
40. Rivera MS. Construcción social de la maternidad: El papel de las mujeres en la sociedad. Opcion [Internet]. 2016;32(Special Issue 13):921–53. [Citado 23 mar 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Para%20bibliograf%C3%ADa%20de%20econom%C3%ADa/Construcci%C3%B3n%20social%20de%20la%20maternidad.pdf>

41. Cáceres-Manrique F de M, Molina-Marín G, Ruiz-Rodríguez M. Maternidad: Un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. Aquichan [Internet]. 2014;14(3):316–26. [Citado 29 mar 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955949>
42. Royo Prieto R. Maternidad, paternidad y desigualdad de género: los dilemas de la conciliación. Zerbitzuan [Internet]. 2013;(53):123–34. [Citado 23 mar 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Para%20bibliograf%C3%ADa%20de%20econom%C3%ADa/Dialnet-MaternidadPaternidadYDesigualdadDeGenero-4377511.pdf>
43. Romero-Balsas, Pedro (2015). Consecuencias del permiso de paternidad en el reparto de tareas y cuidados en la pareja. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 149: 87-110. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.149.87>)
44. Gómez-Ortiz MC, Labandeira-López P, Núñez-Vivas M, Mengíbar-Carrillo A, Vallecillos-Zuya S, Hernández-Martínez A. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. Matronas Prof [Internet]. 2014;15(1):10-17. [Citado 17 mar 2020]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-necesidades-educativas-15-1.pdf>
45. Banco Mundial. Tasa de Participación en la fuerza laboral, mujeres (% de la población femenina entre 15-64 años) (estimación modelado OIT). c2019. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.ACTI.FE.ZS>
46. Fondo Monetario Internacional (FMI). Elborgh-woytek, Newiak M, F. K, Clements B. Las mujeres , el trabajo y la economía. Beneficios macroeconómicos de la equidad de género. [Internet] 2013. p. 1-35. [Citado 23 mar 2020]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Para%20bibliograf%C3%ADa%20de%20econom%C3%ADa/Las_mujeres_el_trabajo_y-FMI.%20Estudio%20macroecon%C3%B3mico.pdf
47. El Independiente [Internet] Madrid; c2019. El coste de ser (o no querer ser) madre en el trabajo: menos dinero y “mobbing” maternal. [Citado 23 mar 2020]. [1 pantalla]. Disponible: <https://www.elindependiente.com/vida-sana/familia/2019/07/16/coste-querer-madre-trabajo-menos-dinero-mobbing-maternal/>
48. Pastor Martínez A. Las Medidas laborales del Real Decreto-Ley 6/2019, de 1º de marzo de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación. IusLabor [Internet]. 2019;0(1):21692–717. [Citado 29 mar 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2019/03/07/pdfs/BOE-A-2019-3244.pdf>
49. Registro de Atención Especializada - RAE-CMBD. Altas, estancia media en días y coste medio en Euros de los procesos obstétricos y quirúrgicos más frecuentes. Hospitales de agudos. SNS [Internet] . 2017;4(1): 1. [Citado 23 mar 2020]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Para%20bibliograf%C3%ADa%20de%20econom%C3%ADa/INFORME_COSTES_PROCESOS_OBSTETRICOS_HOSPITALES_SNS_2017%20TABLA.pdf
50. Gobierno de España. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Bol Of del Estado [Internet]. 1986;1(102):1–49. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
51. García Nuñez ML, Gonzales Monedero J, Tendero La Peña A. Protocolo del Puerperio Normal. Complejo Hosp Univ Albacete [Internet]. 2017; (2) 1–20. [Citado 15 mar 2020]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/03c948ec17532bbc15a8c229f2f0a77a.pdf>
52. Sanidad MDE, Igualdad SSE. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guisalud [Internet]. 2014;332–94. [Citado 27 mar 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf
53. World Health Organization. Division of Child Health and Development. Pruebas

- Científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. 1998.
54. Olza Fernández I, Ruiz D, Villarmea Requejo S. La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. Dilemata [Internet]. 2017;(25):217–25. [Citado 28 mar 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6124272>
 55. Consejería de Sanidad GDC. Protocolo de atención al embarazo y puerperio [Internet]. 2017. 79–90 p. [Citado 15 Mar 2020]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO%20ATENCION%20EMBARAZO%20Y%20PUERPERIO%202017.Final%2029.1.18.pdf>
 56. Osakidetza. Atención al puerperio [Internet]. c2018. [Citado 27 mar 2020]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_embarazo_parto_posparto/es_def/adjuntos/protocolos/Atencion-puerperio.pdf
 57. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). Objetivos. c2020. [Citado 28 mar 2020]. Disponible en: <https://www.ihan.es/que-es-ihan/objetivos/>
 58. Uclés Villalobos V, Sánchez Solera MF. Rehabilitación del piso pélvico. Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD [Internet]. 2017;7(1). [Citado 26 mar 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2017/ucr171f.pdf>
 59. Escuela Cántabra de Salud [Internet]. c2020. Cuidemos del suelo pélvico. [Citado 17 abr 2020]. Disponible en: <https://www.escuelacantabradesalud.es/en/cuidemos-del-suelo-pelvico>
 60. Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Actas Urol Esp [Internet]. 2007;31(7):719–31. [Citado 13 abr 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/aeu/v31n7/v31n7a04.pdf>
 61. Karim Ruiz MA, Gallego Molina J, Gavilán Díaz M. Esferas vaginales: Función terapéutica. Cult los Cuid [Internet]. 2014;18(40):93–8. [Citado 27 mar 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Bolas%20chinas.pdf>
 62. Psicología y mente. c2020. Grupos de apoyo: ¿Qué son y para qué son eficaces?. [Citado 19 abr 2020]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/clinica/grupos-de-apoyo>
 63. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez MM, Granados-Gámez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. Gac Sanit [Internet]. 2011;25(6):483–489. [Citado 17 mar 2020]. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-content-articulo-S0213911111001099>
 64. Iglesias SM. Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita posparto en el domicilio frente a otros tipos de seguimiento posparto. Matronas Prof [Internet]. 2015; 16(2): 44–49. [Citado 19 mar 2020]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-visita-postparto.pdf>
 65. Farjado Hervás B, Parrado Soto B, Conde Puertas E. Influencia de la visita domiciliaria en la evolución del postparto. Gad Enfer [Internet]. 2016. [Citado 20 mar 2020]. Disponible en: <https://enfermeriagaditana.coecadiz.com/influencia-de-la-visita-domiciliaria-en-la-evolucion-del-postparto/>
 66. Mistiaen P, Poot E. Seguimiento telefónico iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004510.pub3/efull>
 67. España. Boletín Oficial del Estado. ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Bol Of del Estado [Internet]. 2008;174:31680–3. [Citado 19 mar 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31680-31683.pdf>

9. Anexos

Anexo 1: Protocolo de actuación en hemorragia masiva.



Fuente: Esquema de actividades a realizar en la activación del código H. Protocolo hemorragia masiva, código H. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, 2012.

Anexo 2: Escala de Oxford modificada

Grado	Respuesta muscular	Descripción
0	Ninguna	Ninguna
1	Parpadeos	En la musculatura se establecen movimientos temblorosos
2	Débil	Existe presión débil sin temblores o parpadeos musculares
3	Moderado	Incremento de presión y leve elevación de la pared vaginal posterior
4	Bien	Presencia de apretones firmes de los dedos y elevación de la pared posterior de la vagina con una resistencia moderada
5	Fuerte	Sujeción con fuerza de los dedos pared posterior responde a una resistencia máxima

Fuente: Efectividad de la reeducación del suelo pélvico en adultas mayores con incontinencia urinaria de esfuerzo. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2019.

Anexo 3: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Su fecha de Nacimiento: _____
 Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|---|---|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
 Tanto como siempre
 No tanto ahora
 Mucho menos
 No, no he podido</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian
 Sí, la mayor parte de las veces
 Sí, a veces
 No, casi nunca
 No, nada</p> |
| <p>2. He mirado el futuro con placer
 Tanto como siempre
 Algo menos de lo que solía hacer
 Definitivamente menos
 No, nada</p> | <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
 Sí, la mayoría de las veces
 Sí, a veces
 No muy a menudo
 No, nada</p> |
| <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
 Sí, la mayoría de las veces
 Sí, algunas veces
 No muy a menudo
 No, nunca</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada
 Sí, casi siempre
 Sí, bastante a menudo
 No muy a menudo
 No, nada</p> |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
 No, para nada
 Casi nada
 Sí, a veces
 Sí, a menudo</p> | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando
 Sí, casi siempre
 Sí, bastante a menudo
 Sólo en ocasiones
 No, nunca</p> |
| <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
 Sí, bastante
 Sí, a veces
 No, no mucho
 No, nada</p> | <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma
 Sí, bastante a menudo
 A veces
 Casi nunca
 No, nunca</p> |

Fuente: Detection of Postnatal Depression: Development of the 10- item Edinburg Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry. Cambridge University Press, 1987.

Anexo 4: Guía de observación de tomas de lactancia materna. OMS

FICHA DE OBSERVACIÓN DE LAS MAMADAS

Nombre de la madre: _____ Fecha: _____

Nombre del bebé: Diapositiva 5/12 Edad del bebé: _____

(Los signos entre paréntesis se refieren al recién nacido, no a bebés mayores)

Signos de que la lactancia funciona bien

Signos de posible dificultad

POSICIÓN DEL CUERPO

- ☐ Madre relajada y cómoda
- ☐ Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho
- ☐ Cabeza y cuerpo del bebé alineados
- ☐ (Nalgas del bebé apoyadas)

- ☐ Hombros tensos, se inclina sobre el bebé
- ☐ Cuerpo del bebé separado de la madre
- ☐ Cuello del bebé torcido
- ☐ (Sólo apoyados la cabeza o los hombros)

RESPUESTAS

- ☐ (El bebé busca el pecho)
- ☐ El bebé explora el pecho con la lengua
- ☐ Bebé tranquilo y alerta mientras mama
- ☐ El bebé permanece agarrado al pecho
- ☐ Signos de eyección de leche (chorros, entueritos)

- ☐ (No se observa búsqueda)
- ☐ El bebé no se muestra interesado en el pecho
- ☐ Bebé inquieto o llorando
- ☐ El bebé se suelta del pecho
- ☐ No hay signos de eyección de leche

VÍNCULO AFECTIVO

- ☐ Lo sostiene segura y confiadamente
- ☐ La madre mira al bebé cara a cara
- ☐ Mucho contacto de la madre
- ☐ La madre acaricia al bebé

- ☐ Lo sostiene nerviosamente y con torpeza
- ☐ La madre no mira al bebé a los ojos
- ☐ Lo toca poco, no hay casi contacto físico
- ☐ La madre lo sacude

ANATOMÍA

- ☐ Pechos blandos después de la mamada
- ☐ Pezones protráctiles
- ☐ Piel de apariencia sana
- ☐ Pechos redondeados mientras el bebé mama

- ☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
- ☐ Pezones planos o invertidos
- ☐ Piel roja o con fisuras
- ☐ Pechos estirados o halados

SUCCIÓN

- ☐ Más areola sobre la boca del bebé
- ☐ Boca bien abierta
- ☐ Labio inferior evertido
- ☐ Mentón del bebé toca el pecho
- ☐ Mejillas redondeadas
- ☐ Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas
- ☐ Se puede ver u oír al bebé deglutiendo

- ☐ Más areola por debajo de la boca del bebé
- ☐ Boca no está bien abierta
- ☐ Labio inferior invertido
- ☐ Mentón del bebé no toca el pecho
- ☐ Mejillas tensas o chupadas hacia adentro
- ☐ Sólo mamadas rápidas
- ☐ Se oye al bebé chasqueando

TIEMPO

- ☐ El bebé suelta el pecho espontáneamente

- ☐ La madre retira al bebé del pecho

El bebé mamó durante _____ minutos

NOTAS:

Fuente: Consejería en lactancia materna: Curso de capacitación. Manual del participante. División de salud y Desarrollo del niño, Organización Mundial de la Salud y Sección de nutrición, UNICEF, 1993.